САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ РККА

РУКОВОДСТВО ДЛЯ РОТНЫХ САНИТАРОВ И САНИТАРОВ-НОСИЛЬЩИКОВ

НАРКОМЗДРАВ СССР
МЕДГИЗ 1941

150.

Д 778/675

Э2

САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ РККА

РУКОВОДСТВО ДЛЯ РОТНЫХ САНИТАРОВ И САНИТАРОВ-НОСИЛЬЩИКОВ

89 рисунков в тексте

Наркомздрав СССР
Государственное издательство
медицинской литературы „Медгиз"
Москва — 1941 — Ленинград

НАРОДНЫЙ КОМИССАРИАТ ОБОРОНЫ СОЮЗА ССР

САНИТАРНОЕ УПРАВЛЕНИЕ КРАСНОЙ АРМИИ

4 августа 1941 г. № 12/2/0408

Начальникам санитарной службы округов и фронтов

Ввести в действие объявляемое при этом руководство для ротных санитаров и санитаров-носильщиков

Начальник Санитарного управления Красно. армии дивврач
Смирнов

Военный комиссар Санитарного управления Красной армии бригадный комиссар
Редькин

ВСЕСОЮЗНАЯ БИБЛИОТЕКА имени В.И. ЛЕНИНА
69245-41
2014080137

Глава I

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Санитар Красной армии должен быть беззаветно предан партии Ленина — Сталина, советскому правительству и социалистической родине; должен быть смелым, решительным, самоотверженным и всегда готовым отдать все свои силы и жизнь для выполнения своего боевого долга.

2. Выполнение боевого долга требует от санитара политической сознательности, хладнокровия, отличной специальной и общевойсковой подготовки, физической крепости, выносливости и умения владеть оружием для защиты раненого и самого себя в бою.

3. Для выполнения своих обязанностей в боевой обстановке санитар должен уметь:

а) наблюдать за полем боя, запоминая места падения раненых;

б) быстро под огнем противника приближаться к раненому, искусно применяясь к местности и соблюдая маскировку;

в) оказывать первую помощь в любых условиях (лежа, сидя, в темноте, на открытой местности, в окопе) при ранениях, поражениях ОВ, отморожениях, ожогах, электротравмах и в несчастных случаях;

г) оттаскивать или переносить раненых в укрытое от огня противника место;

д) при отсутствии укрытий — самоокапываться и окапывать раненого для предохранения от вторичного ранения;

е) выносить раненых на носилках, погружать их на санитарный транспорт и разгружать, приспособлять общевойсковой транспорт для перевозки раненых;

ж) ухаживать за ранеными и тяжело больными и при их транспортировке.

Все указанное санитар должен уметь выполнять, четко, быстро и сноровисто, в любое время года и суток.

4. Санитары несут службу в роте, батальоне, полку и им соответствующих подразделениях и частях, а также в специальных медико-санитарных частях и в лечебных учреждениях.

В роте санитары входят в состав санитарного отделения роты, в батальоне — в состав санитарного взвода батальона и в полку — в состав санитарной роты полка.

5. Санитарное отделение роты состоит из командира санитарного отделения (санитарного инструктора) и санитаров.

Командир санитарного отделения на марше и на время боя выделяет в стрелковые взводы санитаров для оказания помощи раненым. Санитар, выделенный во взвод, обязан знать задачу роты и взвода, которому он придан, место командира своего взвода, командира санитарного отделения роты, поста санитарного транспорта и санитарного взвода батальона.

Санитары роты действуют только в районе своей роты; дальнейшая эвакуация раненых лежит на санитарах-носильщиках, направляемых из санитарного взвода батальона, сани-

тарной роты полка или из медико-санитарного батальона дивизии. В необходимых случаях командир санитарного взвода батальона может усиливать санитарное отделение роты санитарами-носильщиками, поступающими в распоряжение командира санитарного отделения роты.

6. Находясь в санитарном взводе батальона и в санитарной роте полка, санитары входят в состав звеньев санитаров-носильщиков. Каждое звено состоит из двух санитаров-носильщиков. В обязанность санитаров-носильщиков входит вынос раненых из ротных районов до поста санитарного транспорта (ПСТ), до ядра санитарного взвода батальона (когда последнее работает с хода), до батальонного медицинского пункта (когда санитарный взвод батальона развернул БМП), а иногда и до полкового медицинского пункта (ПМП). Помимо выноса раненых, санитары-носильщики исправляют в необходимых случаях плохо наложенные или сбившиеся повязки и оказывают первую помощь нуждающимся в ней.

Глава II

СНАРЯЖЕНИЕ САНИТАРА

7. Снаряжение санитара состоит из:

а) предметов, положенных каждому бойцу, и

б) специального медицинского снаряжения (оснащения).

К специальному медицинскому снаряжению относятся санитарная сумка и носилочная лямка.

8. Сумка санитара (рис. 1) приготовлена из непромокаемого брезента, имеет переднюю

откидную стенку, ремень для носки через плечо и сзади брезентовую полоску для надевания на поясной ремень. Вес ее с укладкой окс;

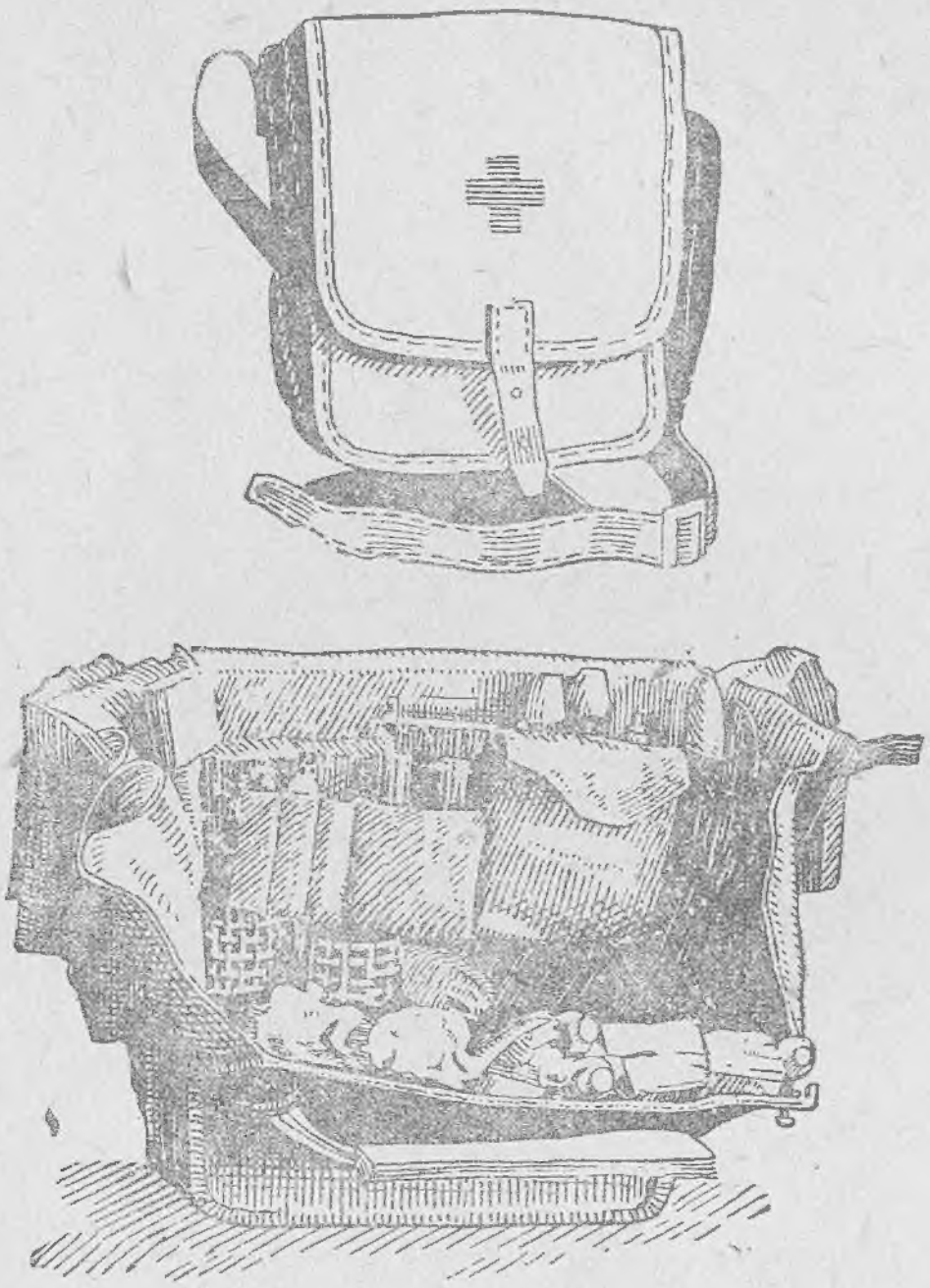


Рис. 1. Сумка санитара.

ло 3 кг. Внутри сумки имеются занумерованные гнезда для предметов, необходимых при оказании первой помощи. Содержимое сумки состоит из 10 малых асептических повязок, 15 индивидуальных перевязочных пакетов для наложения повязок, 10 бинтов для подбинтовывания и укрепления повязок, 3 за-

щитного цвета косынок для укрепления шин при переломах костей и наложения повязок при больших ранениях, а также для замены жгута в качестве закрутки, 2 жгутов для остановки кровотечения, 1 садового ножа, 1 ножниц с тупым концом для разрезывания одежды и 20 булавок для скрепления повязок и разрезанной одежды.

9. Носилочная лямка представляет собой брезентовый ремень длиной в 360 см и шириной в 6,5 см с железной пряжкой на конце (рис. 2). На расстоянии 100 см от пряжки пашита брезентовая полоска. Через отверстие, образуемое ею и лямкой, пропускается свободный конец лямки, закрепляющийся в пряжке, и тогда лямка получает вид восьмерки (рис. 3).

Для того чтобы сделать затяжную петлю, носилочную лямку вытягивают в длину и в нужном месте (обычно в средней части) делают петлю в виде не затянутого до конца узла (рис. 4). Такой петлей затягивают часть шинели при оттаскивании раненых. Носилочная лямка, закрепленная своим свободным концом в пряжке, имеет вид кольца (рис. 5), диаметр которого регулируется более длинным или коротким отрезом лямки, продеваемым через пряжку. Длина сложенной таким образом лямки должна равняться размаху рук санитара (рис. 6).

Лямка, сложенная восьмеркой, надевается так, чтобы петли ее располагались по бокам санитара, а перекрест находился на спине на уровне нижних углов лопаток (рис. 7).

Носилочная лямка служит для облегчения переноски на носилках и для оттаскивания и переноски раненых без носилок.

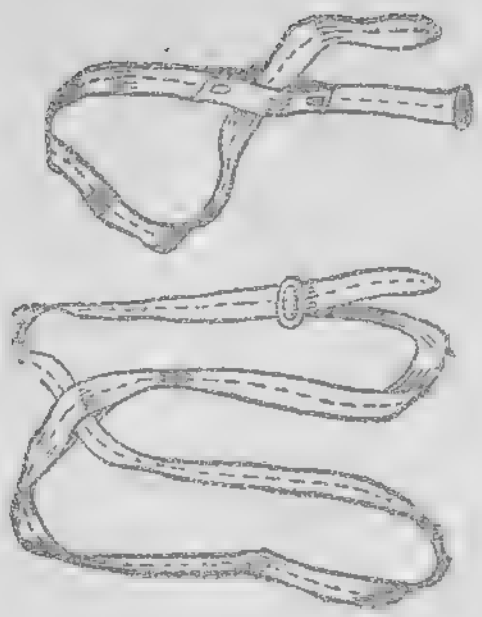


Рис. 2. Носилочная лямка (общий вид).

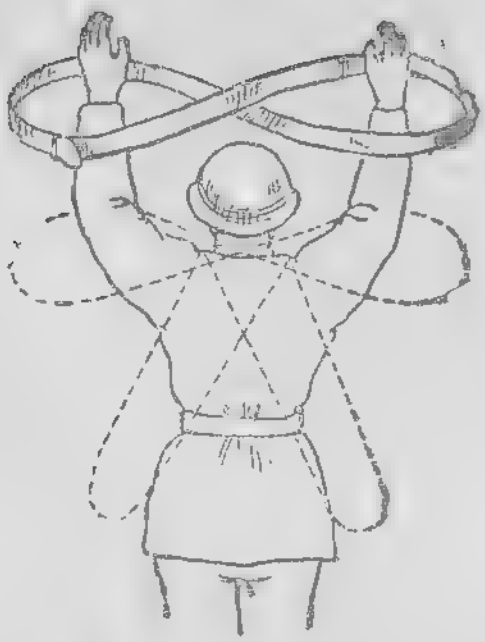


Рис. 3. Надевание лямки (восьмерка).

Рис. 4. Затяжная петля на лямке.

Рис. 5. Носилочная лямка, сложенная в виде кольца.

10. Снаряжение санитара должно быть тщательно пригнано, дабы не мешать при переползании и переноске раненых.

Предметы снаряжения санитара из числа положенных каждому бойцу пехоты приго-няются, как указано в Строевом уставе пехоты.

Специальное медицинское снаряжение пригоняется так: санитарная сумка надевается на поясной ремень и отводится на спину,

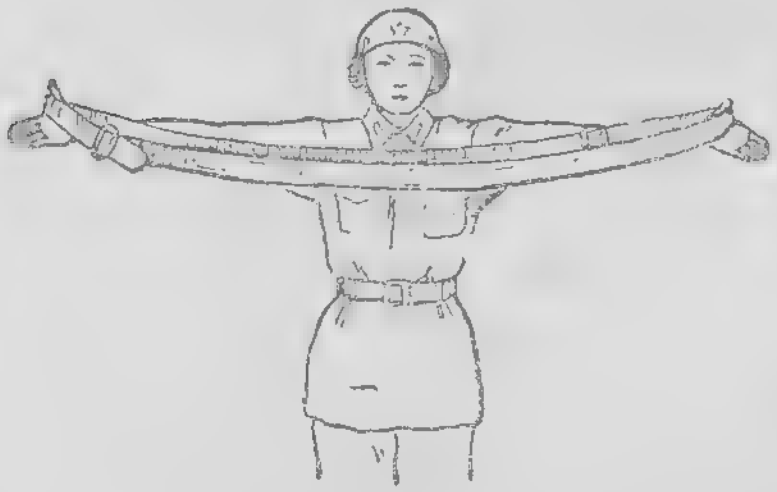


Рис. 6. Подгонка лямки.

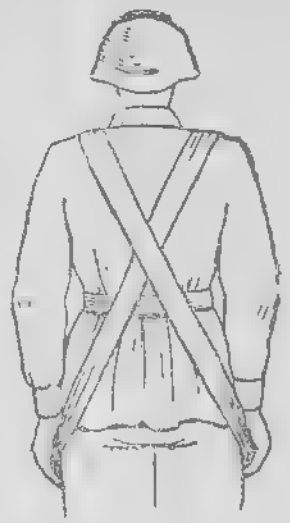


Рис. 7. Правильно надетая лямка.

несколько влево от средней линии (легко может быть переведена на левый бок для работы по оказанию помощи). Поверх надевается носилочная лямка, сложенная восьмеркой.

Глава III

РОЗЫСК И ВЫНОС РАНЕНЫХ В БОЮ

11. Перед началом марша и перед боем командир санитарного отделения роты, проинструктировав подчиненных ему санитаров, распределяет их по взводам соответственно обстановке. На марше санитары, выделенные во взводы, следуют в хвосте своих взводов; остальные санитары с командиром санитарного отделения роты — в хвосте роты. В наступлении, до развертывания роты в боевой порядок, командир санитарного отделения роты и санитары следуют, как и на марше, в хвосте своих подразделений. С развертыванием роты в боевой порядок санитары, вы-

деленные во взводы, следуют по оси движения взводов, а командир санитарного отделения роты и находящиеся при нем санитары двигаются за взводом второго эшелона.

При выходе из боя командир роты, самостоятельно или по заявке командира санитарного отделения, выделяет бойцов для оказания первой помощи и выноса раненых. Взвод прикрывающий отход роты, усиливается санитарами из санитарного отделения роты.

12. Во время боя оказание первой помощи раненым, оттаскивание их в места укрытия, а также и вынос их из рот носилочными звеньями производятся непрерывно с учетом характера местности и боевой обстановки; используются благоприятные моменты по ходу боя: подавление огневых точек противника, продвижение боевых подразделений, перенесение противником огня на другие цели и т. п.

13. Командир санитарного отделения роты перед боем устанавливает условные дополнительные сигналы и способы связи с санитарами своего отделения, выделенными во взводы, со звеньями санитаров-носильщиков, находящихся на ПСТ или в санитарном взводе батальона. Санитар, выделенный во взвод, должен уметь вызывать установленными сигналами командира санитарного отделения роты и санитаров-носильщиков, первого — для оказания первой помощи наиболее тяжело раненым, вторых — для выноса раненых из роты. Условные сигналы подаются руками или лопатой. Для работы санитаров в бою устанавливаются два сигнала: «Вызов санинструктора» и «Требуется вынос». Сигнал «Вызов санинструктора» подается трехкратным поднятием вверх руки с косынкой и энергичным

опусканием руки вниз. Сигнал «Требуется вынос» подается поднятием вверх лопаты, к которой привязан кусочек бинта, несколькими взмахами над головой слева направо и быстрым опусканием лопаты. Подавать сигналы нужно так, чтобы они не были видны противнику. Для связи, кроме сигналов, могут использоваться подносчики патронов, легко раненые и санитары-носильщики, выносящие раненых в тыл.

14. Наличие сигналов не освобождает санитаров и командира санитарного отделения роты от постоянного наблюдения за полем боя. Для этого санитар должен развить навыки наблюдателя.

15. К замеченному раненому санитар приближается скрытно, тщательно маскируясь и используя складки местности; приближение совершается короткими перебежками, движением пригнувшись или переползанием.

16. Перебежки применяются для ускоренного преодоления полосы местности, находящейся под огнем противника. Перебежка производится так: наметив путь движения, укрытые промежуточные пункты остановок для передышки, санитар быстро вскакивает, слегка пригнувшись, стремительно перебегает, с разбега ложится в укрытое место и, чтобы не быть мишенью для противника, переползает в сторону на несколько метров. Перебежки производятся на расстояния от 5—15 до 40 м, в зависимости от местности, огня противника и сил санитара. При перебежках назад или в сторону на каждой остановке нужно ложиться лицом к противнику.

17. Движение пригнувшись применяется для преодоления участков местности, имеющей

небольшие укрытия (трава, канавы, хлеб на корню, кустарник). Для движения пригнувшись следует слегка присесть, корпус несколько наклонить вперед и, не сгибаясь в пояснице, двигаться ускоренным шагом (бегом).

18. Переползание применяется для преодоления почти открытой местности, находящейся под огнем противника, в тех случаях, когда перебежки и движение пригнувшись невозможны. Переползание производится по-пластунски, на получетвереньках, на локтях и на боку.

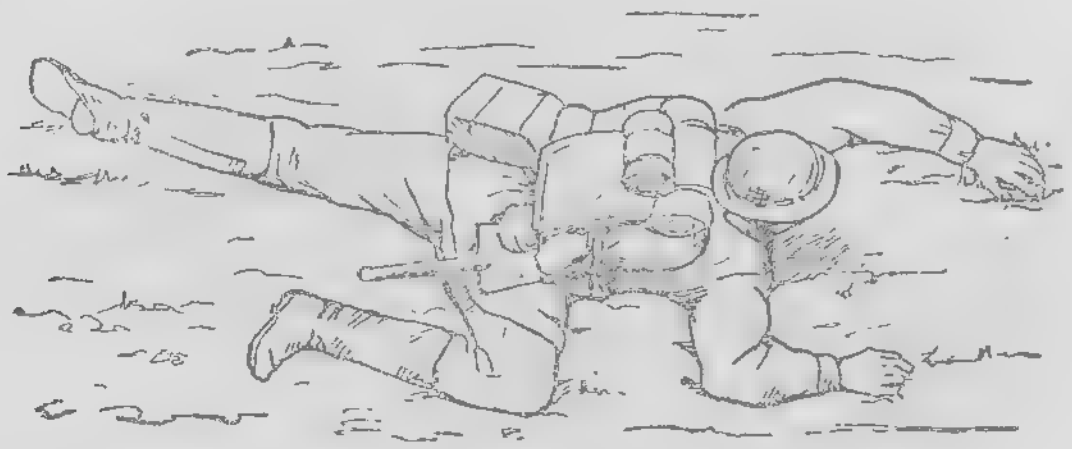


Рис. 8. Переползание по-пластунски.

Переползание по-пластунски. Санитар, распластавшись на земле, не поднимая головы, сгибает одну ногу в колене, подтягивая ее как можно дальше вперед, имея колено развернутым наружу; одновременно он вытягивает вперед руку, противоположную согнутой ноге; опираясь на ладони рук, упирается носком согнутой ноги в землю и одновременно с силой переносит тело вперед, почти не отделяя его от земли; прием этот повторяется выносом вперед другой руки и ноги (рис. 8).

Переползание на получетвереньках. Для переползания на получетве-

ряньках санитар опирается на колени и, опираясь на локти и кисти рук, двигается как ему удобнее (рис. 9).

Переползание на локтях (способ особенно удобен на мягкой почве). Санитар ложится лицом вниз, упираясь локтями в землю; предплечья и кисти рук подняты кверху, голова прижата к земле и помещена между предплечьями, ноги вытянуты. Для движения одна рука, согнутая в локтевом суставе, зано-

Рис. 9. Переползание на получетвереньках.

сится вперед; упираясь в землю локтем этой руки и одновременно носками обеих вытянутых ног, санитар передвигает свое туловище с силой вперед, почти не отделяясь от земли; прием повторяется выносом вперед другой руки и т. д.

Переползание на боку. Для переползания на правом боку нужно лечь на указанный бок, согнуть в колене правую ногу и в локте правую руку; кисть правой руки, сжатая в кулак, подкладывается под голову; упираясь в землю сжатой в кулак кистью левой согнутой в локте руки и чуть приподнимая туловище, нужно, отталкиваясь согнутыми правой рукой и правой ногой и одновременно носком полусогнутой левой ноги, пере-

двинуть вперед туловище. Переползание можно совершать на любом боку, но ввиду большего физического развития правой руки и правой ноги удобнее двигаться лежа на правой стороне.

19. Приблизившись к раненому, находящемуся за укрытием, санитар оказывает ему первую помощь; в случаях легкого ранения он указывает ему направление и скрытые пути на медицинский пункт или ПСТ; при тяжелом ранении санитар оставляет раненого в укрытии, приняв меры к защите его от непогоды — укрыв шинелью, плащ-палаткой, опустив и застегнув ушанку, напоив водой (если нет противопоказаний) и обозначив это место приметным знаком: полоской марли на ветке дерева, вехой, лопатой, воткнутой в землю, с учетом сокрытия знака от взоров противника. После этого он принимает все меры для вызова санитаров-носильщиков, что особенно важно в зимнее время или в условиях изнуряющей погоды. Приблизившись к раненому, находящемуся на открытом месте, санитар оттаскивает (одним из способов, указанных ниже) его в ближайшее укрытое место, а при отсутствии поблизости укрытых мест, самоокапывается, создает укрытие для раненого и оказывает ему первую помощь.

20. Способы оттаскивания за ближайшее укрытие:

а) На боку — приблизившись к раненому, санитар ложится к нему боком и укладывает его голову себе на грудь, а туловище — на прилегающую к земле вытянутую ногу; раненый, смотря по характеру ранения, лежит ничком, на спине или на боку; в таком положении санитар ползет на боку, отталкиваясь

свободной ногой и локтем одной руки и поддерживая другой рукой раненого (рис. 10).

б) На спине — санитар, ложась рядом с раненым, помещает его осторожно себе на

Рис. 10. Оттаскивание раненого на боку.

спину и ползет на животе, упираясь локтями и ногами; для того чтобы раненый не сваливался, санитар привязывает его к себе поясными ремнями (рис. 11).

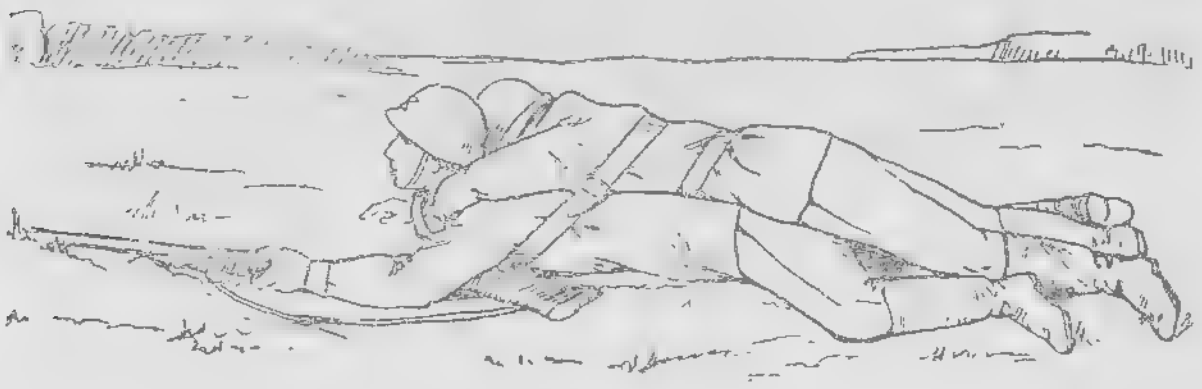


Рис. 11. Оттаскивание раненого на спине.

в) На шинели или плащ-палатке — рядом с раненым расстилает шинель расстегнутым хлястиком кверху или плащ-палатку; раненого перекладывает на эту подстилку, прикрепляет к шинели своим поясным ремнем, пропущенным в вывернутые рукава шинели и охватывающим его туловище на уровне подмышек; после этого волоком, ползком, ухватившись за угол подстил-

ки или захватив её затяжной петлей лямки, санитар перетаскивает раненого головой вперед в укрытие (рис. 12 и 13).

г) В лодочке-волокуше — это лодочка, сделанная из прочного, крепкого и в то

Рис. 12. Оттаскивание раненого на шинели без лямки

же время легкого дерева; вес ее 15 кг, длина 2,3 м, ширина 64 см, высота 16 см; на концах лодочка имеет по кольцу для продевания лямки или веревки; внутри лодочки-волокуши,

Рис. 13. Оттаскивание раненого на шинели лямкой.

поперек ее, от одного борта до другого протянута сетка из идущих крест-накрест бечевок, наподобие гамака. Указанная сетка играет роль пружинящего матраца, смягчающего толчки при перевозке раненых (рис. 14).

Поставив лодочку рядом с раненым, наклоняют один из ее бортов к здоровой стороне его тела и помещают в нее раненого (рис. 14а). Затем два санитара закрепляют лямки по типу постромок за кольцо переднего конца лодоч-

Рис. 14. Лодочка-волокуша

ки и через плечо тянут лодочку на себя. Каждый санитар прикрепляет к лодочке и надевает на себя только свою лямку (рис. 15 и 16). Лодочка-волокуша легко идет по снегу и

Рис. 14а. Погрузка раненого в лодочку-волокушу двумя санитарами.

применяется зимой, но, может быть использована и в другое время года — для оттаскивания по траве.

д) На лыжно-носилочной установке, состоящей из опорной железной рамы, служащей для установки на нее носилок и поперечины, соединяющей концы лыж (рис. 17).

Рис. 15. Оттаскивание раненого в лодочке-волокуше двумя санитарами на лямке—лежа.

Рис. 16. Оттаскивание раненого в лодочке-волокуше двумя санитарами—стоя.

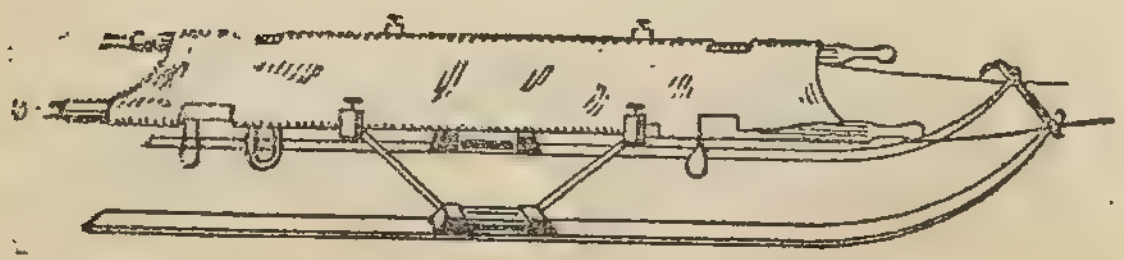


Рис. 17. Лыжно-носилочная установка.

Лыжно-носилочные установки применяются зимой, перевозятся двумя санитарами-лыжниками. В зависимости от характера местности и от огня противника санитары производят оттаскивание как на лодочке-волокуше, так и на лыжно-носилочной установке или переползая, или идя во весь рост на лыжах. (При переползании санитары снимают свои лыжи и прикрепляют их к лыжно-носилочной установке.) Лямки надеваются через плечо, а дру-

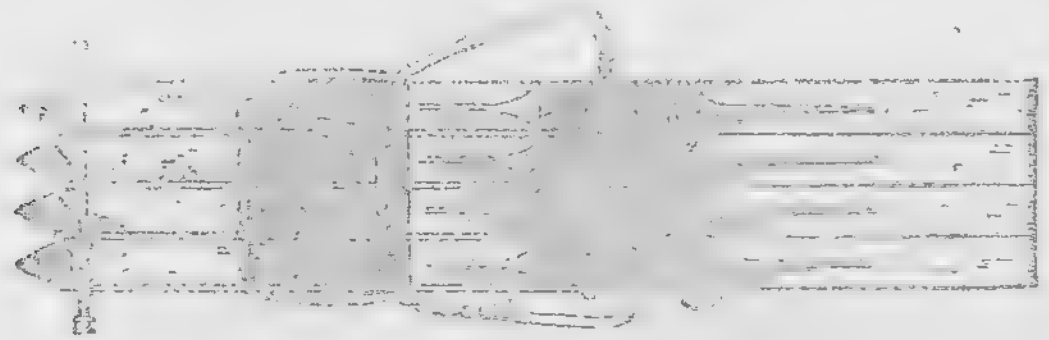


Рис. 18. Оттаскивание раненого на 4 лыжах.

гим концом привязываются к веревкам лыжно-носилочной установки.

е) На лыжах — зимой при отсутствии носилок раненого можно оттаскивать на одних лыжах. Для этого берут 4 лыжи и связывают следующим образом: вытаскивают носковые ремни лыж и продевают через освободившиеся отверстия поясной ремень, перехватив его между лыжами носковыми ремнями или каким-нибудь другим подручным материалом (рис. 18).

Посредине каждой лыжи под это крепление нужно продеть лыжную палку и протащить ее вплоть до носкового загиба. Носко-

вые ремни крепят штыковым зажимом, к кольцам которого привязывают веревку или лямку. Под палки кладут сумку санитара или ранец бойца и к импровизированному таким образом палочному стеллажу привязывают раненого. Если штыков нет, то носки лыж закрепляют веревкой или ремнем, а лямки привязывают к среднему креплению.

ж) Когда характер местности и огонь противника не допускают выноса раненого на носилках, приходится прибегать к оттаскиванию на носилках; для этого носилки поворачивают ножками вверх, кладут в них раненого и, привязав лямку к брусьям носилок у места отхождения ножек, тянут их волоком. Оттаскивание на носилках очень неудобно, производится медленно и требует от санитаров-носильщиков большой затраты сил.

21. Местами укрытия являются защищенные от огня противника окопы, рвы, овраги, ямы, обратные скаты высот, крупные камни и, в меньшей степени (так как простреливаются противником) деревья, кусты и строения. При применении противником отравляющих веществ необходимо учитывать возможность их застаивания (особенно стойких) в низменных местах и не размещать раненых в ямах, окопах, оврагах и особенно в воронках от снарядов, а пользоваться для укрытия обратными скатами высот или же окапывать раненых на возвышенной местности.

22. Самоокапывание и окапывание раненого производятся с помощью малой лопаты, положенной каждому санитару и бойцу.

23. Окапывание заключается в том, что с помощью малой лопаты отрываются отдель-

ные ячейки в земле. Отдельной ячейкой называется небольшая выемка в земле, в которой располагается человек. В наступлении под огнем противника обычно отрывают себе стрелковую ячейку для ведения огня лежа. Длина такой ячейки 110—120 см, ширина в передней части около 80 см и наибольшая глубина около 20 см (длина лотка малой лопаты) (рис. 19). Когда отрывают ячейку, земля вы-

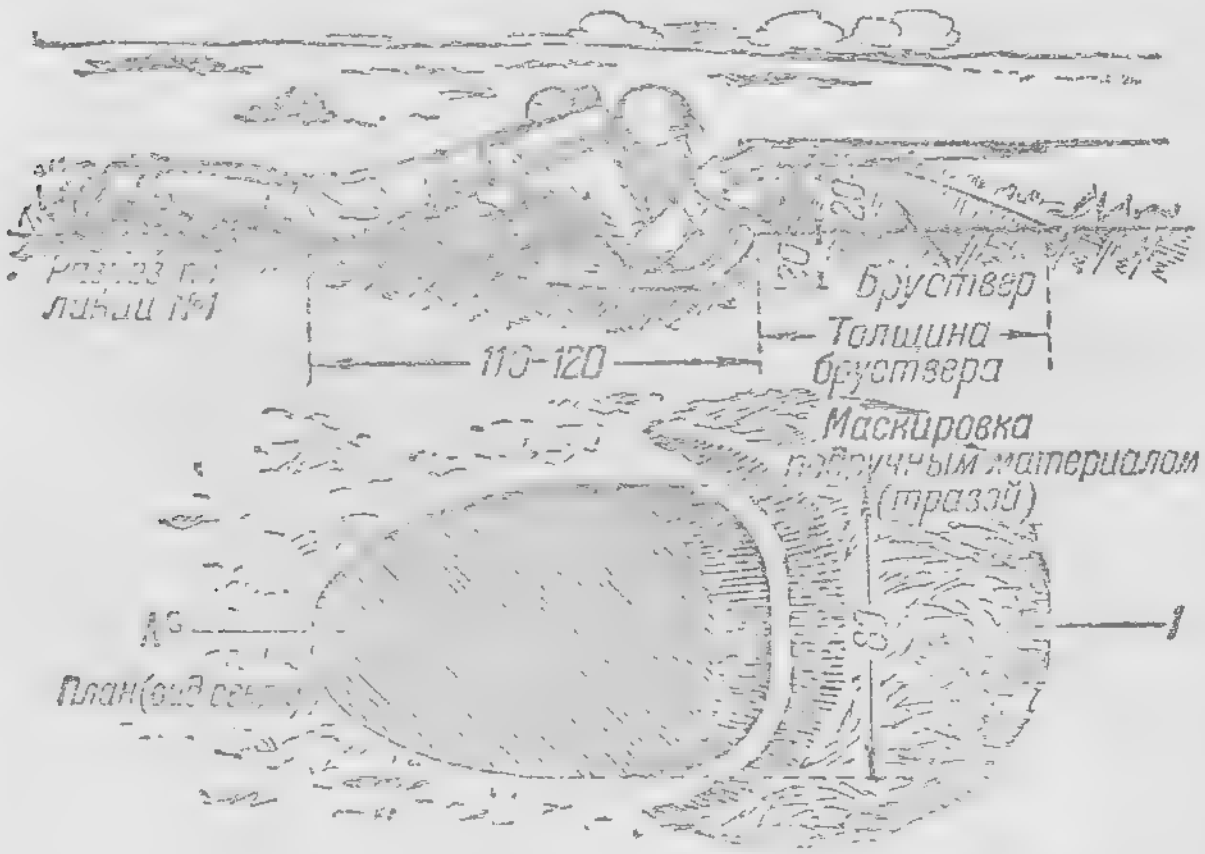


Рис. 19. Стрелковая ячейка для ведения огня лежа.

брасывается вперед и в стороны и образует пологую насыпь, или бруствер, для защиты от настильного ружейно-пулеметного огня противника. Бруствер насыпается высотой в 20 см и толщиной, как это позволяет количество отрытой земли (50—75 см). При устройстве бруствера не следует насыпать его крутой горкой, а надо стараться сделать его более пологим. Пологий бруствер толще и ниже,

а следовательно, не так легко может быть пробит пулей или осколком снаряда и менее заметен противнику. Для окапывания самого себя и раненого санитар делает указанную ячейку уширенной до 1,5 м с расчетом на себя и на раненого и углубленной на 30 см, учитывая производство движений при оказании первой помощи и необходимость сокрытия их от противника.

24. Для отрытия ячейки санитар осматривает лежащую впереди местность и выбирает по возможности укрытое от взоров и огня противника и с хорошим обзором впереди место. Произведя перебежку к намеченному пункту, он ложится, повертывается на левый бок и, придерживая правой рукой чехол, левой рукой достает из него лопату (рис. 20). Обхватив черенок лопаты двумя руками (рис. 21), ударами на себя санитар подрубает по передней, а если нужно, и по боковой границам будущей ячейки дерн, чтобы легче было его потом при отрывке отделить. Перехватив затем руками черенок лопаты, как показано на рис. 22 санитар ударами от себя срезает и отворачивает дерн, затем начинает рыть, отбрасывая землю сначала вперед, а потом в стороны для образования насыпи (бруствера). При подрубании дерна, а также при окапывании в твердом грунте лопату, если она с прямым лезвием лотка, надо врезать в землю углом лотка. Во время работы для лучшего упора санитар расставляет немного ноги, а голову держит возможно ближе к земле, сразу же используя образующуюся земляную насыпь как укрытие от огня (рис. 23).

Во время работы санитар не прекращает наблюдения за противником (рис 24).

Когда в передней части ячейки будет достигнута необходимая глубина в 20 см (на высоту лотка малой лопаты), санитар должен

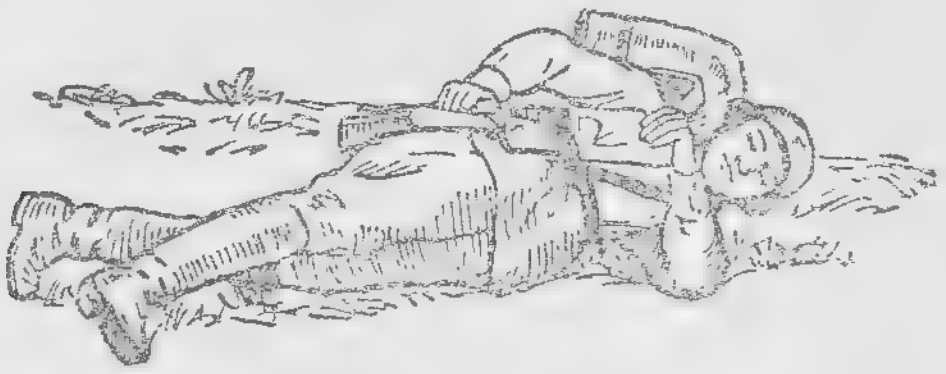


Рис. 20. Санитар достает лопату из чехла.

Рис. 21. Санитар подрубает дерн в передней части ячейки.

Рис. 22. Санитар начинает отрывать ячейку.

отползти немного назад, чтобы удлинить углубление для туловища и ног (рис. 25).

Бруствер ячейки по окончании отрывки уплотняется несколькими ударами лопаты плашмя. Работу малой лопатой ведут непре-

рывно 10—15 минут, после чего 5—10 минут отдыхают и снова продолжают работу. Рабо-

Рис. 23. Санитар использует земляную насыпь как укрытие от огня.

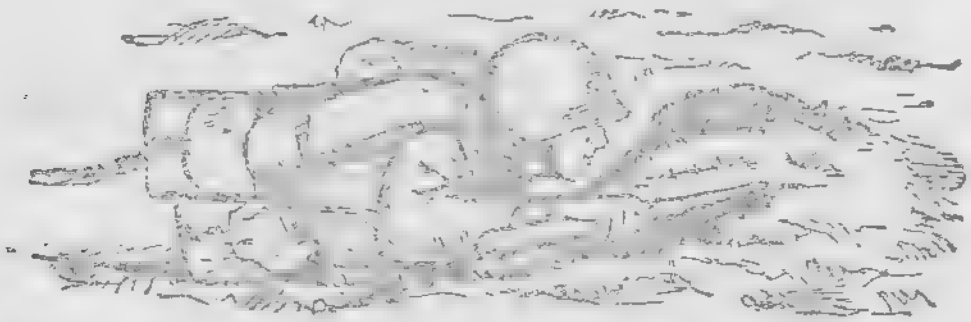


Рис. 24. Во время работы санитар наблюдает за противником.

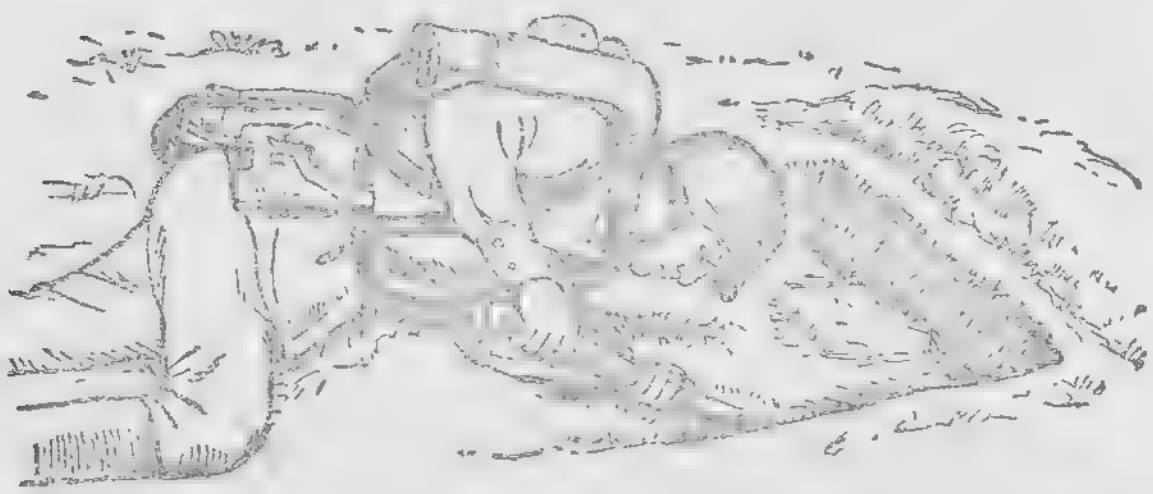


Рис. 25. Санитар удлиняет ячейку для туловища и ног.

тая таким образом, можно больше сделать, менее утомившись, чем при непрерывной ра-

боя в течение 45—50 минут. Санитары, обученные приемам владения малой лопатой, окапываются лежа за 8—12 минут.

Для кратковременного укрытия тяжело раненых и оказания первой помощи, особенно в обороне, устраивают санитарные щели с легким перекрытием. Санитарные щели оборудуют ступеньками и нишами для размещения раненых. Щели располагают в наиболее удобных и безопасных путях выноса раненых в тыл.

Вход в щель оборудуют дверью или завешивают полотнищем палаток, одеялом и т. п.

25. В затруднительных случаях розыска раненых (действия в лесу, в кустарнике, в тумане, в дыму, ночью) командир санитарного взвода батальона организует тщательный осмотр района, где могут находиться невынесенные раненые, цепью санитаров-носильщиков и выделенных командиром батальона бойцов. Санитары и бойцы расставляются цепью фронтом по направлению движения. Расстояние между людьми в цепи должно допускать возможность надежного просмотра местности. Под руководством командира санитарного взвода батальона или командира санитарного отделения цепь продвигается вперед, не оставляя неосмотренным ни один участок местности. Особенно тщательно осматриваются кустарники, воронки от снарядов и другие места, где раненые могут укрываться от обстрела. Обнаружив раненого, находящийся в цепи санитар сообщает об этом двум своим соседям-санитарам, идущим от него справа и слева. Последние немедленно (бегом) следуют: один к середине цепи, к командиру санитарного взвода батальона или к командиру санитар-

ного отделения, другой к идущей сзади цепи санитарной повозке или двуколке. По приказанию командира санитарного взвода батальона или командира санитарного отделения вся цепь санитаров-носильщиков останавливается; санитар, обнаруживший раненого, оказывает ему необходимую помощь, а санповозка (сандвуколка) приближается к найденному раненому. По оказании помощи раненого помещают в санповозку, которая затем опять следует за двинувшейся вперед цепью санитаров-носильщиков. Как только санповозка загружается полностью, ее направляют на ближайший медицинский пункт. В случаях, требующих немедленной доставки раненого на медицинский пункт (наложенный жгут, ранение в живот, большая кровопотеря и т. п.), санповозка, по приказанию командира санитарного взвода батальона или командира санитарного отделения, следует в тыл, не дожидаясь полной загрузки. При обнаружении раненых и оказании им необходимой помощи, когда сантранспорт не находится сзади цепи, а совершает движение на медицинский пункт или обратно, их размещают в места укрытия, а специально выделенный командиром санитарного взвода батальона или командиром санитарного отделения санитар находится рядом с местом укрытия на пути обратного движения сантранспорта. По прибытии сантранспорта к месту укрытия раненые погружаются на сантранспорт санитаром и повозочным. Транспорт направляется опять на медицинский пункт, а санитар после освобождения места укрытия от раненых догоняет цепь санитаров-носильщиков и является с докладом к назначившему его командиру. Во время ра-

боты цепи носильщиков все команды подаются приглушенным голосом, дабы не привлечь внимания противника. Ночью для розыска раненых применяются фонари с приспособлениями, ограничивающими пучок света и невидимые противнику. При производстве розыска раненых в сильно пересеченной местности

Рис. 26. Санитарные собаки.

(рвы, канавы, густой лес, кустарник) осмотр санитарами производится дважды: сначала в направлении по фронту, а затем во фланговом направлении.

26. Для розыска раненых могут быть использованы санитарные собаки. Санитарная собака обыскивает местность и, найдя раненого (лежачего или сидячего), возвращается к своему вожатому, неся в зубах привязанный к ошейнику бризель (рис. 26); в этих случаях собака бежит на поводке и ведет своего вожатого или носилочное звено к найденному ею раненому (рис. 27). Санитарные собаки

Рис. 27. Подвод санитарной собакой вожатого санитара к раненому.

Рис. 28. Подноска собакой медимущества раненому.

используются также для подноски раненому воды и предметов для оказания первой помощи. Эти предметы размещаются в специальном вьюке, навешенном на собаку (рис. 28).

Глава IV

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ РАНЕНЫМ

27. Санитар должен в совершенстве владеть навыками по:

а) наложению первичной повязки;

б) остановке кровотечения;

в) наложению временных шин и повязок при переломах костей;

Рис. 29. Санитар делает разрез одежды по шву.

г) оказанию помощи при поражении стойкими и нестойкими ОВ;

д) оказанию помощи при отморожениях, ожогах, электротравмах и несчастных случаях.

28. Наложение первичной повязки. Назначение первичной повязки заключается в предохранении раны от вторичного заражения и кровопотерь. Поэтому повязку следует наложить возможно скорее после ранения. Перед наложением повязки для обнаружения раны у раненого разрезают одежду с помощью

ножниц или садового ножа. Разрезают одежду по шву (если шов проходит близко от места ранения) (рис. 29) или в любом месте, делая клапан (два горизонтальных разреза, нижний и верхний, соединяющиеся в одном конце вертикальным разрезом) (рис. 30). Откинув клапан в сторону, на рану накладывают повязку, фиксируют ее несколькими ходами бинта, после чего клапан устанавливают на место разреза (что особенно важно зимой), скрепляют его с остальной одеждой булавками и заканчивают бинтование поверх одежды. При наложении повязки нужно:

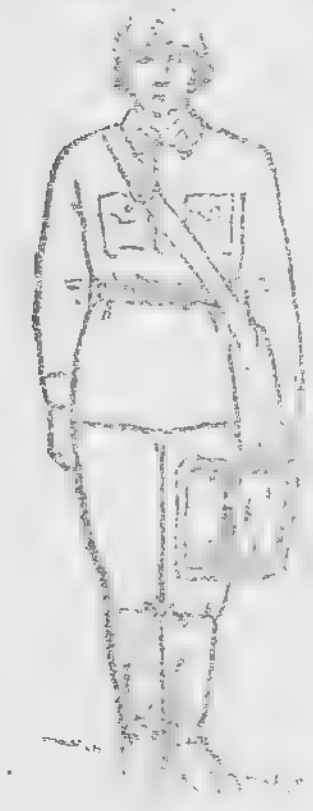


Рис. 30. Разрезание одежды (клапан на левом бедре).

а) не трогать рану руками;

б) не вынимать из раны осколки, пули, частицы одежды и т. п.;

в) не обмывать рану водой и другими жидкостями.

29. Для наложения повязки применяют индивидуальный перевязочный пакет (рис. 31).

Индивидуальный перевязочный пакет имеется у каждого бойца и командира и хранится в левом кармане гимнастерки, а при одетой шинели, полушубке — в левом кармане последних. Он состоит из наружной матерчатой, средней прорезиненной и внутренней бумажной оболочек; внутри последней находятся две ватно-марлевые прессованные подушечки, прикрепленные к бинту и пропитанные сулемой; одна из подушечек может передвигаться по бинту. При оказании первой помощи

санитар расходует в первую очередь перевязочный пакет раненого и лишь после этого — перевязочные средства из санитарной сумки.

30. Повязку при помощи индивидуального перевязочного пакета накладывают так: вы-

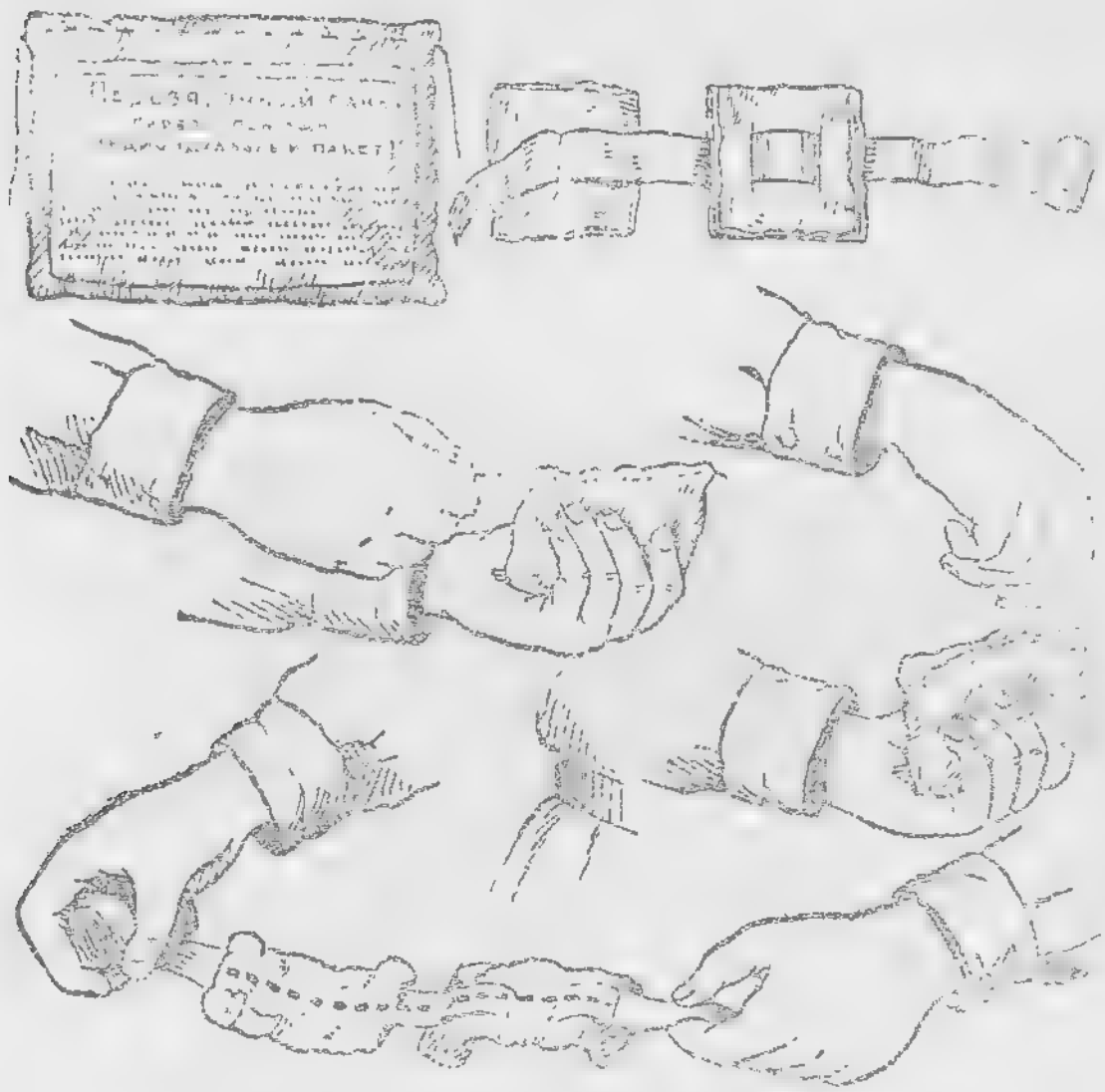


Рис. 31. Пакет в развернутом виде.

таскивают нитку из матерчатой оболочки, отрывают правой рукой надрезанный край прорезиненной оболочки, снимают ее, развертывают бумажную оболочку и, поворачивая в ней свернутую повязку (не касаясь ее руками), находят головку и конец бинта; берут правой рукой головку бинта, а левой его конец; развертывают повязку так, чтобы отмеченная красной ниткой сторона была на-

ружи, а обратная к ране; накладывают на рану подушечки и прибинтовывают их; при сквозном ранении подвижную подушечку оттягивают от неподвижной настолько, чтобы одна из них закрывала входное отверстие раны, а другая — выходное.

31. При обширных ранениях для предохранения их от загрязнения, могущего возник-

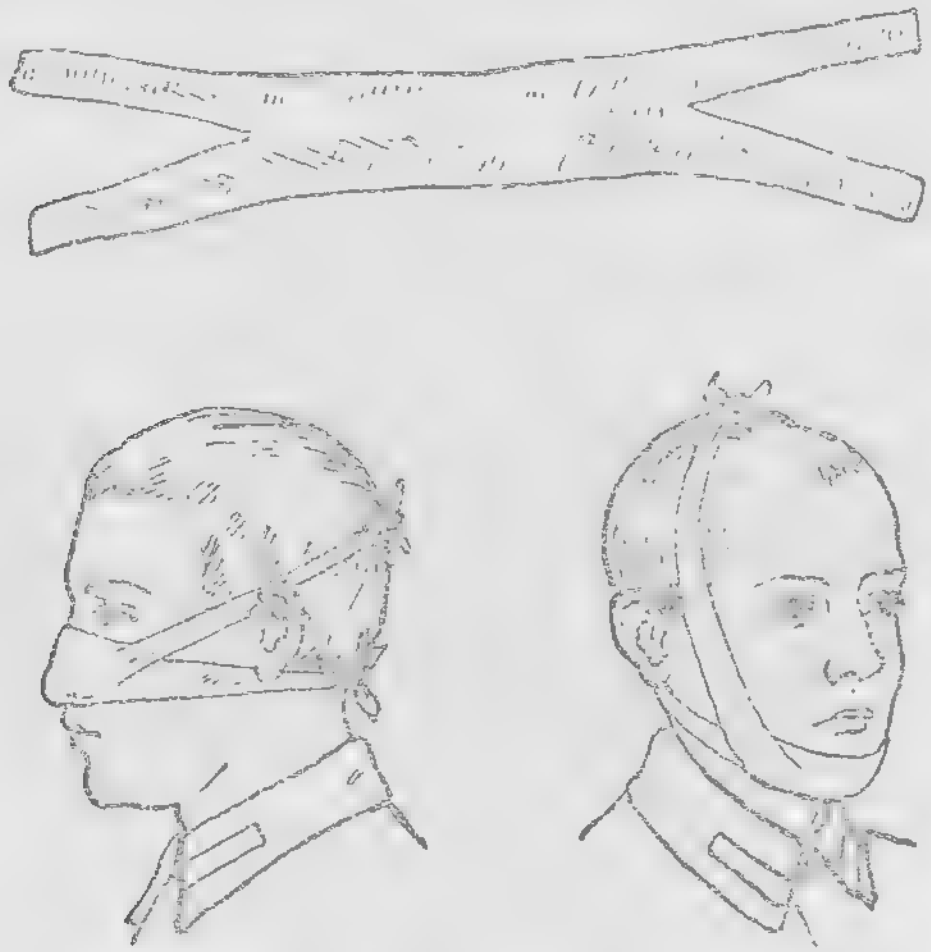


Рис. 32. Пращевидная повязка.

нуть при подвижности повязки, ее укрепляют бинтом или косынкой. Последняя также маскирует белый цвет повязки.

Бинтование производится слева направо и от периферии к центру. Повязка накладывается на рану или на уже наложенную повязку, но промокшую или слабо укрепленную.

32. При ранениях живота с выпадением внутренностей во избежание заражения нельзя

их вправлять обратно, а следует наложить на них повязку и умеренно прибинтовать к животу. Раненному в живот нельзя давать пить.

33. При проникающих ранах грудной клетки следует между ходами бинта положить для закрытия раны прорезиненную оболочку от индивидуального пакета и забинтовать.

34. При ранениях носа и нижней челюсти поверх ватно-марлевой подушечки накладывается пращевидная повязка, приготовленная из надрезанного с двух концов бинта (рис. 32).

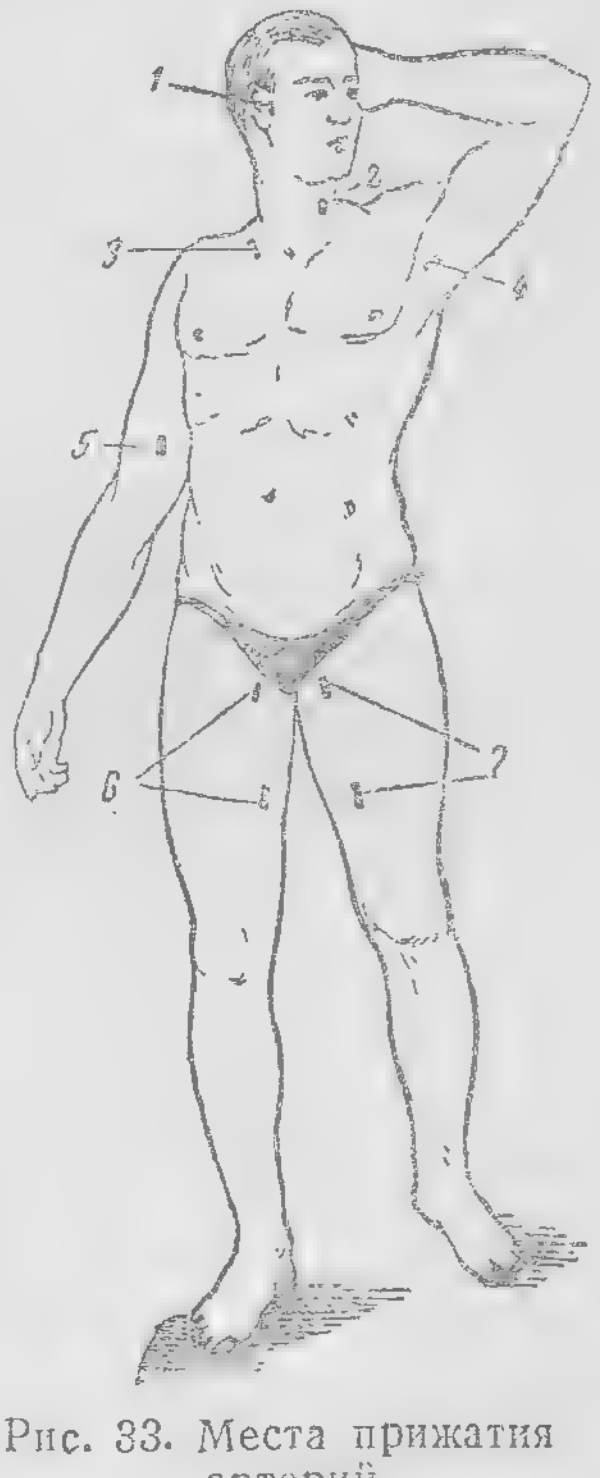


Рис. 33. Места прижатия артерий.

Остановка кровотечения

35. Артериальное кровотечение (кровь яркокрасного цвета, выбрасывается из артерии сильной струей вверх) останавливается прижатием поврежденной артерии пальцами или наложением жгута, закрутки.

36. Артерию прижимают выше места ранения к подлежащей кости, для чего необходи-

Рис. 34. Прижатие сонной артерии.

Рис. 34а. Прижатие подключичной артерии.

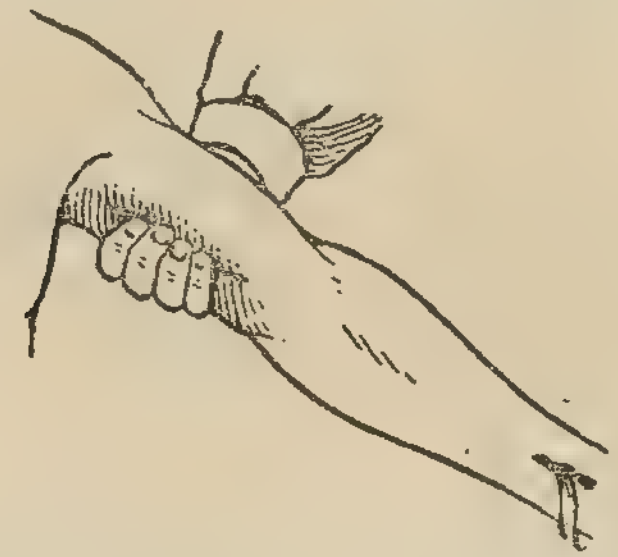


Рис. 35. Прижатие плечевой артерии.

Рис. 36. Прижатие бедренной артерии.

мо точно знать места прижатия артерий (рис. 33). Прижатие артерии пальцами производится на короткое время, например, до наложения закрутки, жгута. При сильных кровотечениях лица прижимается сонная артерия на той стороне, где имеется кровотечение. Сонная артерия придавливается сбоку гортани большим пальцем к позвоночнику, остальные пальцы в это время помещаются сзади на шее (рис. 34). При кровотечениях из верхнего отдела плеча прижимается подключичная или подмышечная артерия. Правая подключичная артерия прижимается левой рукой, и наоборот (рис. 34а). Лежа сбоку и спереди раненого, санитар кладет руку так, чтобы большой палец находился в надключичной ямке, вдоль верхнего края ключицы, а остальные пальцы ложились сзади на спину раненого. Для прижатия артерии достаточно повернуть большой палец на ребро, одновременно слегка надавливая вниз так, чтобы большой палец оказался позади ключицы раненого. Артерию прижимают к первому ребру. Подмышечная артерия прижимается к головке плечевой кости правым кулаком оказывающего помощь; кулак вводится в соответствующую подмышечную впадину. Давление производится снизу вверх. Одновременно левой рукой плотно удерживают плечевой сустав раненого.

При кровотечениях из нижнего отдела плеча и из предплечья прижимают плечевую артерию. Для этого четырьмя пальцами, как это показано на рис. 35, ее придавливают к плечевой кости у внутреннего края двуглавой мышцы.

При кровотечениях из бедра прижимают

бедренную артерию, охватывая обеими руками верхнюю часть бедра у пахового сгиба так, чтобы большие пальцы, положенные один на другой, сошлись у середины бедра и придавливали артерию к кости (рис. 36).

37. Наложение жгута или закрутки на кровоточащую конечность (с помощью платка, косынки и пр.) производится не прямо на кожу, а поверх одежды или поверх специально положенной подкладки (марля, вата). При наложении резиновый жгут равномерно растягивают, затем обводят несколькими круговыми ходами вокруг конечности и завязывают надежным узлом или застегивают на крючок (рис. 37).

Матерчатый кровоостанавливающий жгут (рис. 38) состоит из тесьмы, пряжки с дужкой для захватывания тесьмы, металлического кольца и закрутки. Закрутка состоит из петли, палочки для закручивания и двух петелек для просовывания и закрепления конца палочки после закручивания. Прямоугольное металлическое кольцо соединяет тесьму жгута с петлей закрутки; в то же время оно служит отверстием для продевания тесьмы после первого оборота вокруг конечности в тех случаях, когда жгут накладывается в два оборота. Металлическая пряжка служит для застегивания жгута. Благодаря острым зубцам она не требует специальных отверстий на тесьме жгута. Пряжка состоит из двух подвижных в отношении друг к другу частей. Поэтому когда жгут для наложения берут за дужку пряжки, зубцы поднимаются кверху. Когда снимают жгут, дужка также оттягивается кверху и пряжка расстегивается.

Для наложения жгута берут его одной ру-

кой за дужку пряжки (если жгут был сложен неправильно, то, чтобы расправить его, надо

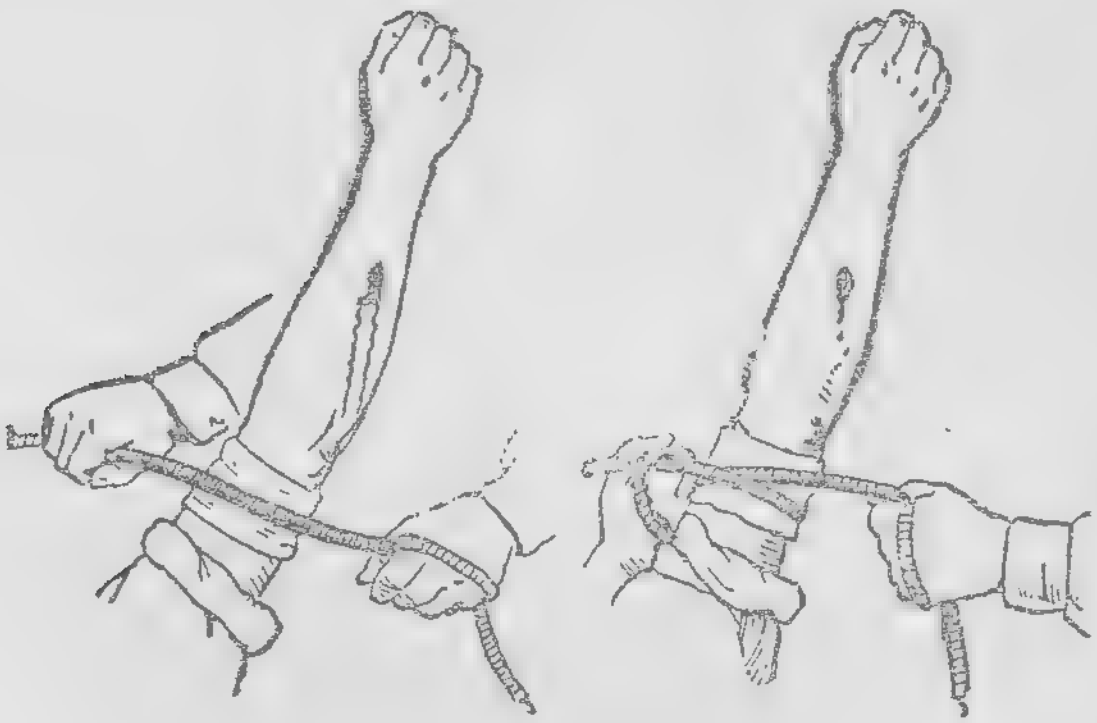


Рис. 37. Наложение резинового жгута.

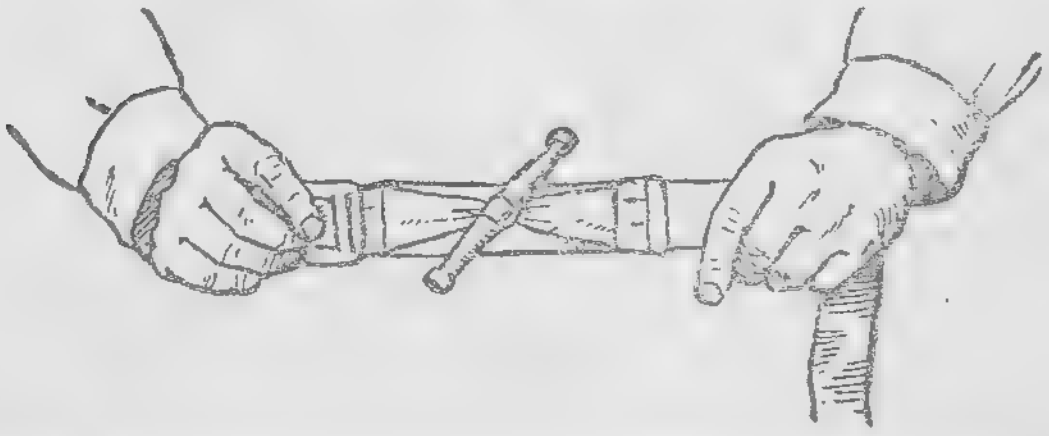


Рис. 38. Матерчатый кровоостанавливающий жгут.

взять одной рукой пряжку, а другой тесьму и растянуть жгут — тогда все части его станут на свои места), обводят другой

рукой вокруг конечности тесьму жгута и продевают конец ее в пряжку (рис. 39). При этом следят, чтобы закрутка находилась спереди (сверху) конечности. Жгут затягивают как можно туже за конец тесьмы (рис. 40). Оттягивают за палочку петлю закрутки (если жгут наложен слабо и петля закрутки легко вытягивается, то необходимо, вытянув ее, подтянуть ту же пряжку, одновременно опустив палочку закрутки). Палочку закручивают и конец ее просовывают в петельку. Если позволяет время, жгут можно наложить и двумя оборотами (рис. 41). Для этого, взяв жгут за дужку, обводят вокруг конечности и сначала пропускают конец тесьмы через металлическое кольцо, а потом обводят тесьму вторично вокруг конечности и продевают ее конец в пряжку. Дальше поступают так же, как и при первом способе, т. е. затягивают сильным движением конец тесьмы, оттягивают за палочку петлю закрутки, закручивают палочку и просовывают конец ее в петельку.

При накладывании жгута двумя оборотами необходимо следить, чтобы обороты тесьмы аккуратно легли друг на друга. Этот способ труднее, но надежнее и лучше первого.

38. При отсутствии жгута раненую поверхность следует перетянуть свернутой косынкой, платком так, чтобы под нее подложить палку (рис. 42). Завязав концы косынки, под нее подводят палку или штык и закручивают ее до прекращения кровотечения. Край штыка или палки закрепляется так, чтобы штык или палка не раскрутились и не ослабла перетяжка, для чего палка подвязывается к конечности.

39. После наложения жгута или закрутки

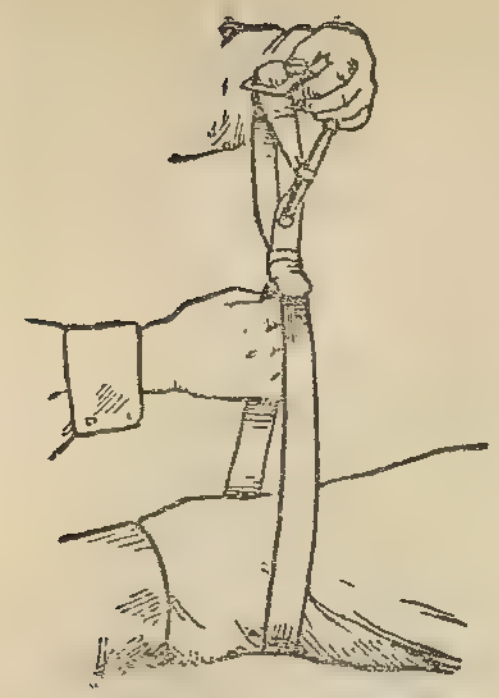


Рис. 39. Наложение матерчатого жгута (1-й способ). Продевание конца тесьмы в пряжку (первое положение).

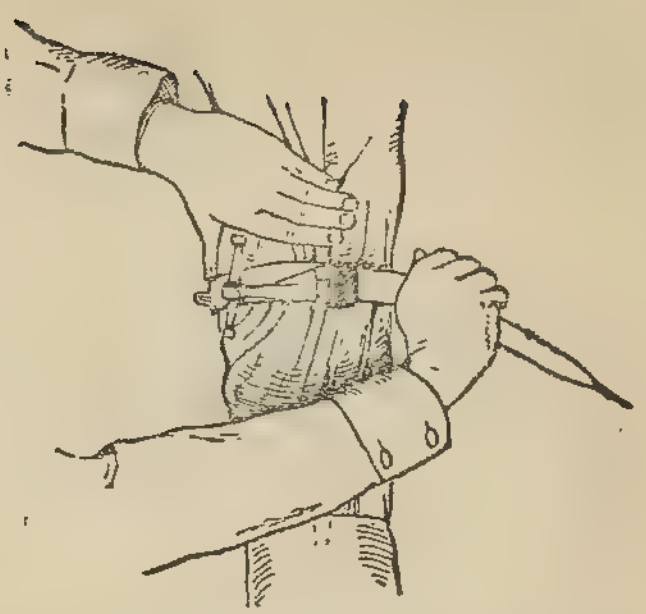


Рис. 40. Наложение матерчатого жгута (1-й способ). Затягивание тесьмы (второе положение).

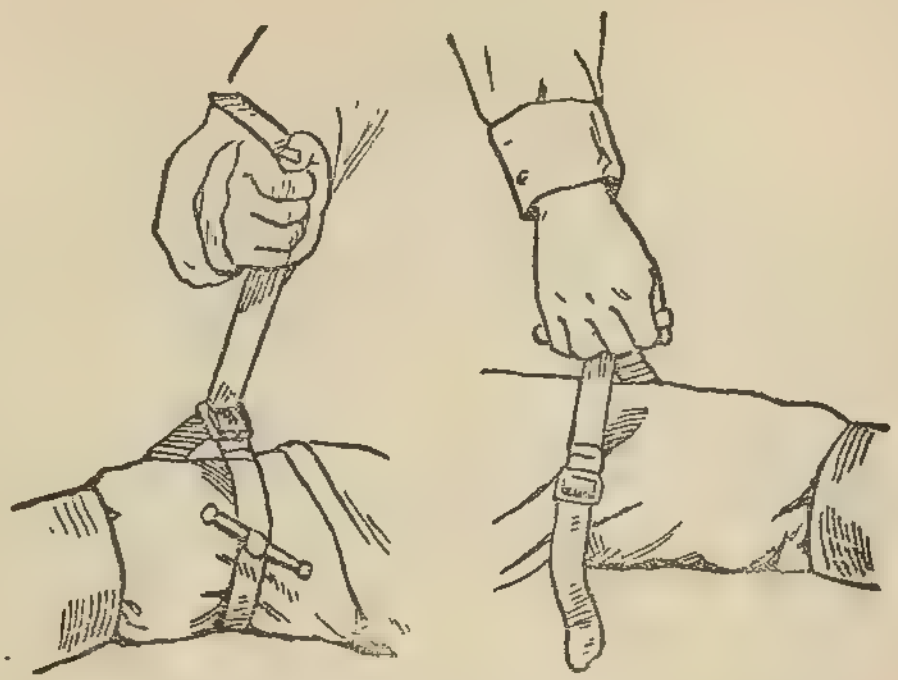


Рис 41. Наложение матерчатого жгута (второй способ).

на самую рану накладывается первичная повязка, на которой карандашом делается пометка о времени наложения жгута, так как конечность не должна оставаться перетянутой более двух часов, иначе произойдет

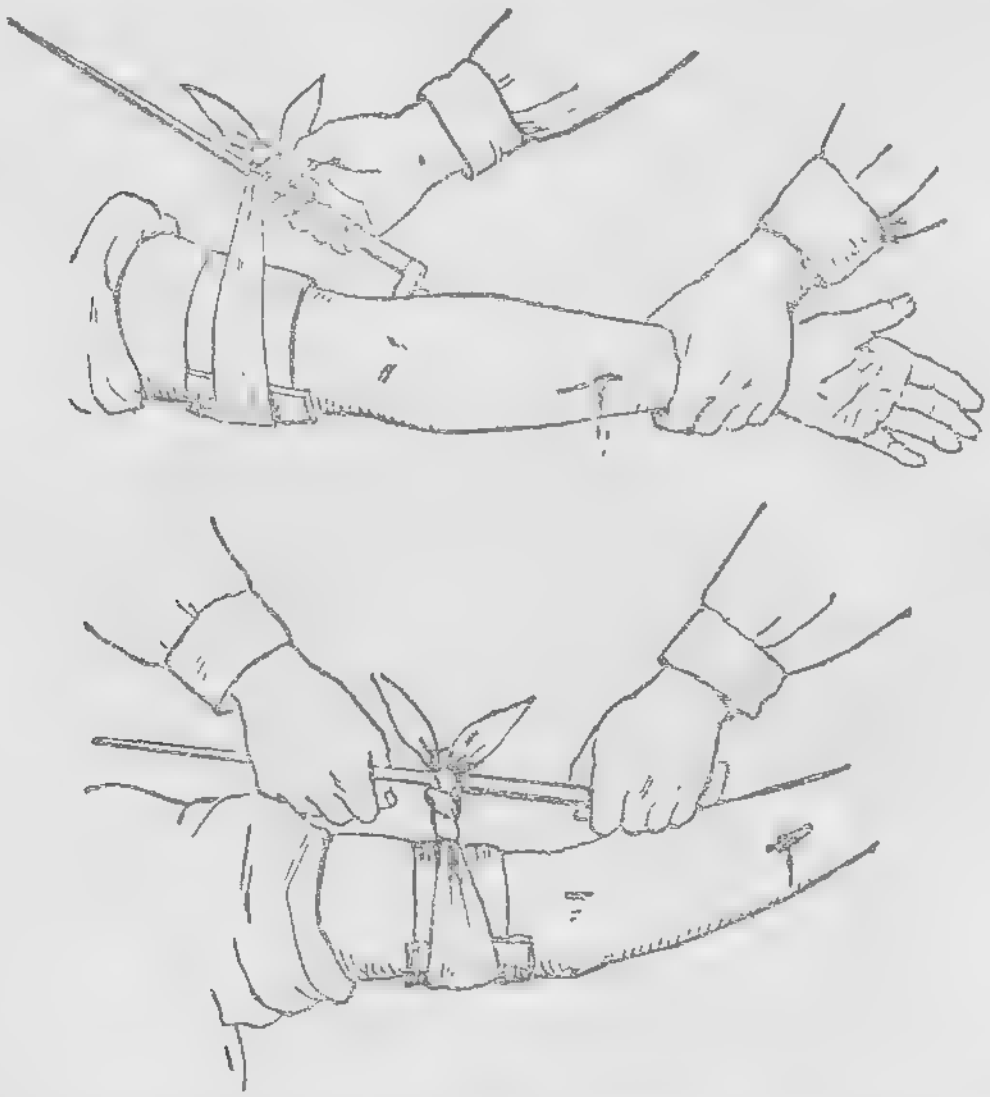


Рис. 42. Применение косынки вместо жгута (первое и второе положения).

омертвение конечности. В тех случаях, когда раненый с наложенным жгутом в течение двух часов не был доставлен на медицинский пункт, санитар ослабляет жгут до тех пор, пока конечность не порозовеет и не потеплеет, после чего тотчас же снова накладывают его выше или ниже прежнего места. Раненых с наложенными жгутами нужно немедленно отправлять на медицинский пункт.

40. Венозное кровотечение (кровь течет равномерной струей и имеет более темный цвет, чем артериальная) останавливается давящей повязкой, которая отличается от обычной повязки наложением большего количества туго сложенной марли на рану и более тугим бинтованием.

Оказание первой помощи при переломах костей и при подозрении на перелом

41. К признакам перелома костей конечности относятся:

а) неправильная, необычная форма конечности, сгибающейся в таком месте, где нет сустава;

б) резкая болезненность при движении поврежденной конечности;

в) резкая болезненность, возникающая при ощупывании места предполагаемого перелома.

Перелом костей с нарушением целости мягких тканей и кожи называется открытым (осложненным). Перелом костей без разрыва кожи называется закрытым (рис. 43).

42. Обращение с раненым, у которого имеется или предполагается перелом костей, переноска его или оттаскивание требуют большой осторожности, так как отломки костей своими острыми концами могут поранить кожу и кровеносные сосуды и вызвать сильное кровотечение. Помимо того, резкая болезненность у такого раненого при неосторожном передвижении может повести к шоку (тяжелому общему состоянию, резкой бледности кожи и расстройству работы сердца). Во избежание названных осложнений и для предупреждения развития заражения раны конечности с переломом кости необходимо придать

неподвижное положение, что достигается наложением защитной первичной повязки и шины.

Рис. 43. Переломы костей (закрытый и открытый).

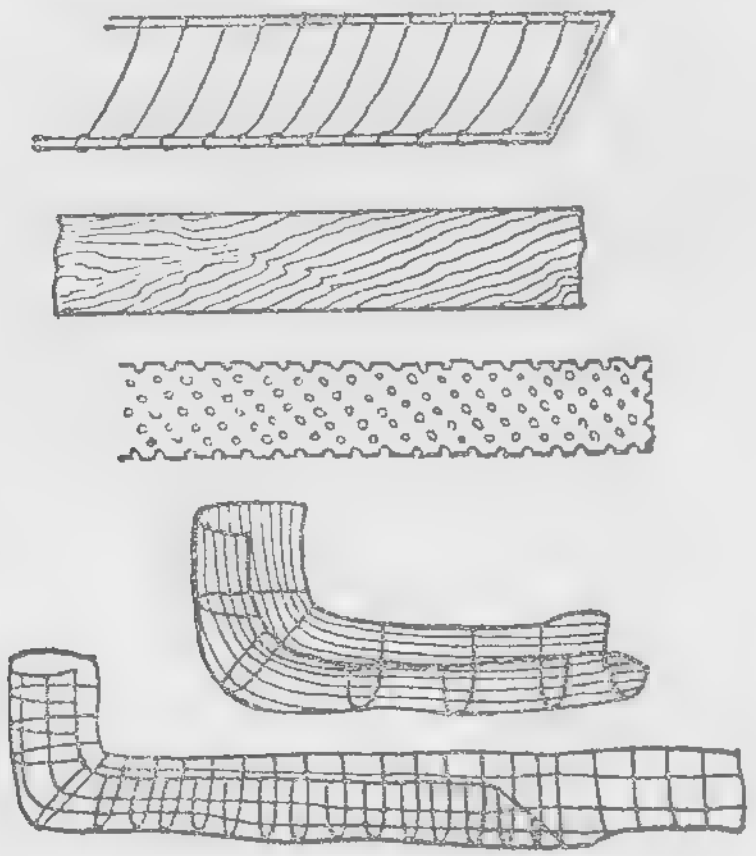


Рис. 44. Различные виды шин.

43. Шины бывают фанерные, деревянные, металлические (из твердого и мягкого металла) (рис. 44). При отсутствии шин исполь-

зуется подручный материал: туго связанные пучки соломы, прутьев, длинные палки, ножны от шашек, штык, винтовка и т. п. При использовании винтовки из нее нужно предварительно вынуть патроны. Накладывается винтовка стволом вниз, т. е. к пятке ноги. В случаях отсутствия шин и подручного материала при переломах ноги ей можно придать неподвижность, привязав к здоровой ноге (рис. 45), а при переломах руки — прибинтовав к туловищу (рис. 46).

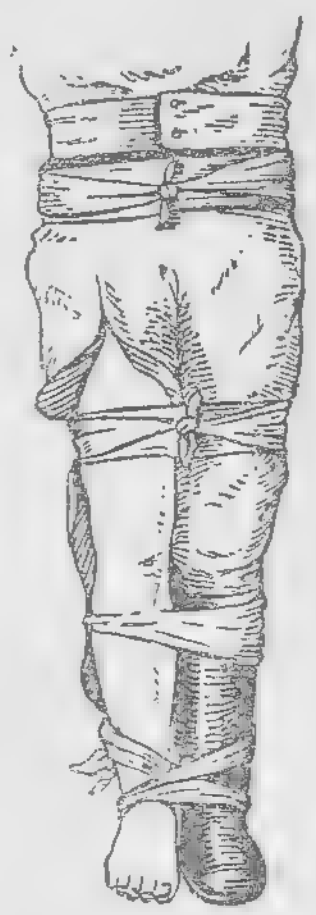


Рис. 45. Импровизация неподвижной повязки при переломе костей ноги.

44. Если у раненого открытый перелом, то сначала нужно наложить повязку на рану, для чего в месте перелома разрезается одежда (или осторожно снимается). После наложения повязки накладывается шина. Между шиной и конечностью делают прокладку из ваты, пакли, листьев или мха, особенно в местах прилегания шины к выступающей части кости или к суставу, после чего шину прибинтовывают к конечности. Шина накладывается обычно поверх одежды. Она должна захватывать суставы ниже и выше места перелома кости. При переломах бедра шина с наружной стороны конечности должна накладываться от подмышки до пятки, а шина с внутренней стороны конечности — от паха до пятки (рис. 47). При переломе костей голени наружная и внутренняя шины захватывают коленный и голеностопный суставы. При пере-

ломах костей плеча или предплечья рука при помощи шин закрепляется согнутой в локте (рис. 47а). При переломе костей предплечья наложенные наружная и внутренняя шины должны захватывать локтевой и лучезапястный суставы. При переломе плеча наружная и внутренняя шины при наложении должны захватывать плечевой, локтевой и

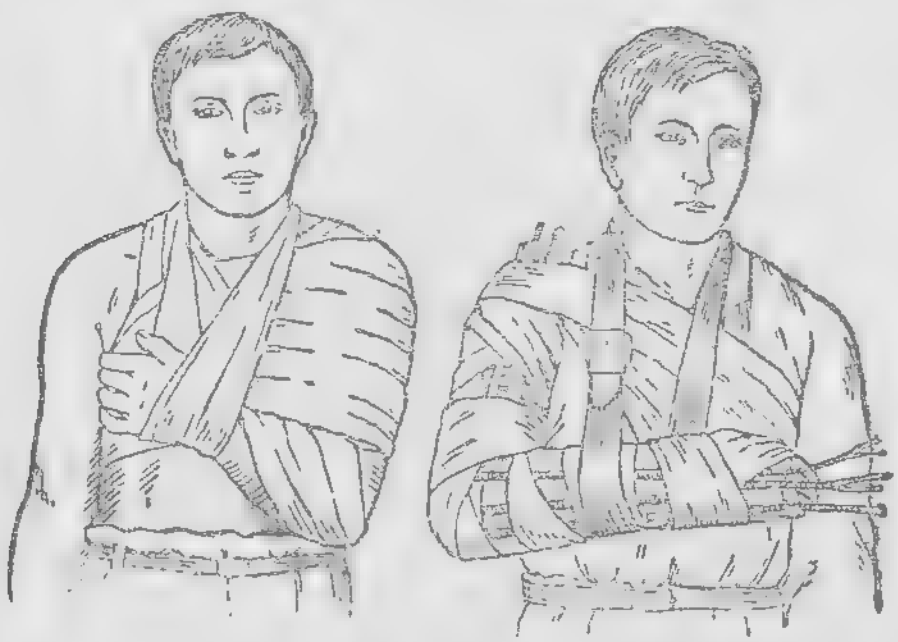


Рис. 46. Импровизация неподвижной повязки при переломе костей руки.

лучезапястный суставы, а так как руке придается согнутое в локте положение, то шины или сгибают под прямым углом, или на плечо, а также на предплечье накладывают отдельные шины. В случаях ранения суставов конечности также следует придавать неподвижное положение с помощью шин. При переломах костей таза и позвоночника для придания неподвижности раненого нужно переносить, привязав к доске. При отсутствии подручного материала таз следует туго забинтовать. При переломе ребер раненому нужно туго забинтовать грудь в момент выдоха. При переломах нижней челюсти во избежание удушения

от западения язык нужно вытянуть, захватив марлей кончик языка, и положить раненого лицом вниз или на бок, подложив под грудь скатку шинели или плащ-палатку, а под лоб руку раненого.

Рис. 47. Наложение шины на бедро.

Оказание первой помощи при поражении ОВ

45. При поражении ОВ следует проверить у пораженного исправность надетого противогаза; в случае неисправности заменить его и удалить пораженного из отравленной местности. При необходимости оказания помощи в местности, отравленной СОВ, нужно подостлать под пораженного ОВ и под себя защитную накидку или другой защитный материал (связанные пучки соломы, прутьев и т. п.) и после этого расположиться для оказания помощи.

Рис. 47а. Наложение шины на предплечье.

46. Проверка исправности надетого на пораженного ОВ противогаза производится путем

осмотра шлема, выдыхательного клапана, гофрированной трубки, противогазовой коробки и вдыхательного клапана. При осмотре шлема проверяют целость очков, целость резиновой части шлема и прочность соединения его с патрубком. При осмотре выдыхательного клапана проверяют, нет ли в нем разрывов или проколов, не засорен ли он, в исправности ли укрепляющая прорезиненная лента,

Рис. 48. Надевание противогаза на раненого.

исправна ли металлическая рамка. Осматривая гофрированную трубку, ее растягивают, проверяют целость и прочность соединения с патрубком и горловиной коробки. Противогазовую коробку осматривают и устанавливают, нет ли на ней повреждения. Если при осмотре вдыхательного клапана убеждаются, что он не пропускает в противогаз наружный воздух, то надо приподнять резиновый кружок клапана и подложить под него какую-нибудь палочку (спичку). Если вдыхательный клапан выпускает выдыхаемый воздух, это не составляет опасности.

47. Замена у пораженного неисправного противогаза исправным в полевой обста-

новке производится следующим образом. Санитар ложится сбоку от пораженного и, сняв с себя запасный противогаз, вынимает из противогазовой сумки шлем и кладет его на грудь или живот пораженного, после чего приподнимает его голову, кладя ее к себе на живот, снимает с пораженного неисправный противогаз, берет шлем запасного противогаза, расширяя его растопыренными пятью пальцами, вложенными внутрь шлема (голова пораженного при этом должна быть между руками надевающего), надевает его на подбородок пораженного и натягивает на голову (рис. 48). Заканчивается надевание противогаза закреплением сумки на туловище пораженного так, чтобы гофрированная трубка была вытянута во всю длину, иначе она может перекрутиться, что приведет к затруднению дыхания или к удушению пораженного.

48. При попадании на тело жидких стойких ОВ следует немедленно обработать пораженные участки кожи и одежду с помощью индивидуального противохимического пакета (рис. 49). Для этого, вынув из пакета ампулу за ушко марлевого мешочка, ударяют ею плашмя по твердому предмету (приклад винтовки, каблук сапога, доска, камень). После удара и разрушения перегородок в ампуле, что определяется мягкостью ее стенок при надавливании, порошок должен смешаться с жидкостью. Для лучшего смешивания ампулу встряхивают 10—12 раз. Не снимая марлевого мешочка, ампулу сжимают в руке, благодаря чему жидкость вытекает из отверстий крышки ампулы. Смочив жидкостью марлевую салфеточку, лежащую под крышкой пакета, обтирают ею пораженные участки кожи.

Обработку кожи производят через одежду, не снимая ее, для чего, смачивая жидкостью облитую ОВ одежду, протирают ее мешочком с ампулой. Двумя ампулами пакета можно

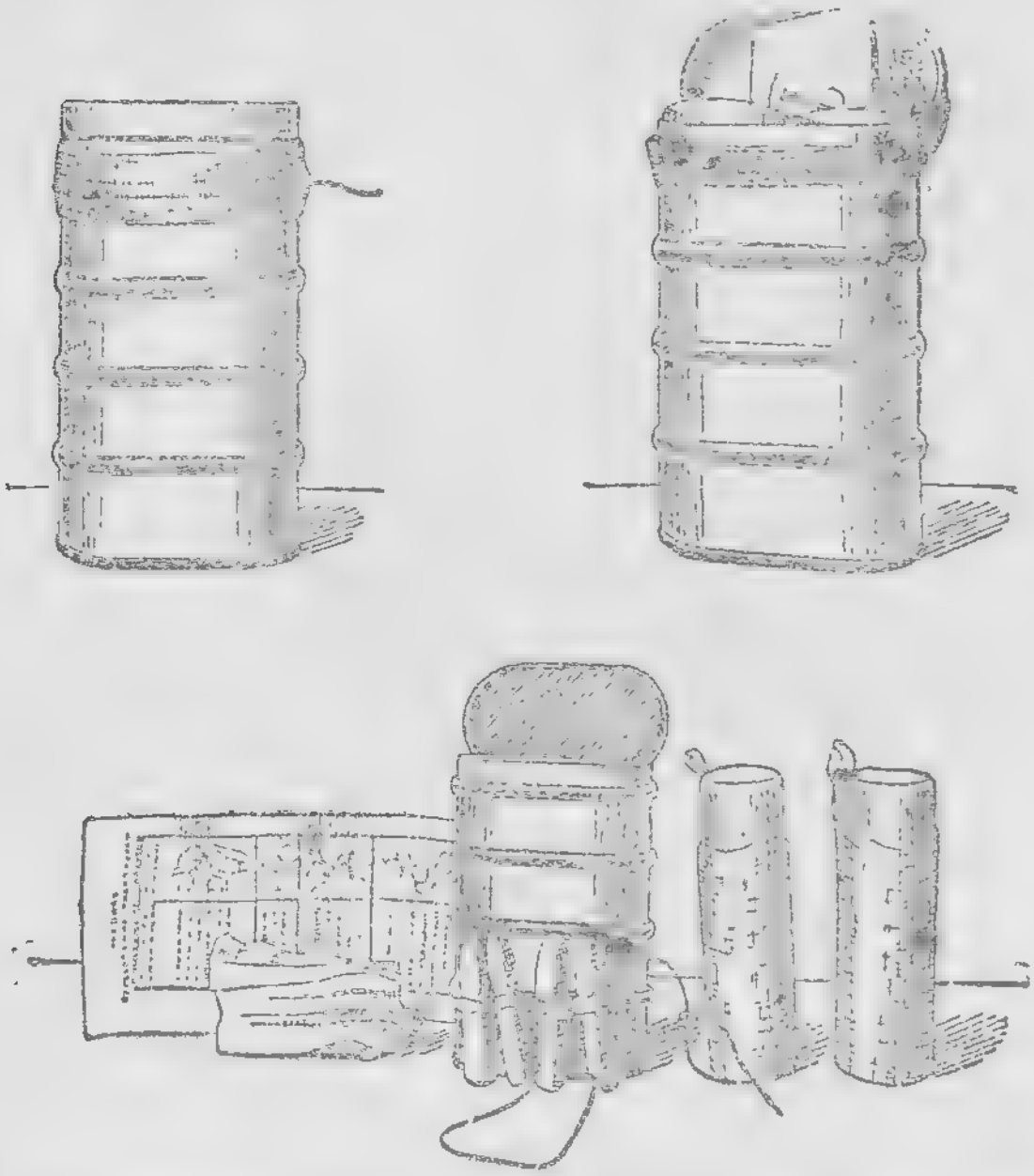


Рис. 49. Индивидуальный противохимический пакет.

обработать две трети поверхности человеческого тела (без одежды). При обработке через одежду дегазируемая поверхность уменьшается вдвое. При обработке кожи лица нужно остерегаться попадания жидкости противохимического пакета на слизистую оболочку глаз. Ввиду того что жидкость про-

тивохимического пакета горюча, пакет нужно предохранять от огня. При укладывании пораженных стойкими ОВ на носилки следует предварительно постлать на них защитную накидку.

49. При рези и раздражении глаз слизистую оболочку следует промыть, смачивая кусочки марли водой из фляги. При жжении в носу, горле и болях в груди (от ядовитых дымов) нужно, взяв из индивидуального противохимического пакета маленькую ампулу и раздавив кончик ампулы при надетом противогазе, подсунуть ее под шлем противогаза у подбородка и вдыхать противодымную смесь до затихания боли. Если боль не пройдет, то через 5—10 минут можно использовать вторую ампулу и через 5—10 минут — третью. Для полоскания рта и глотки можно дать воду из фляги.

Искусственное дыхание

50. При поражениях некоторыми ОВ, при ранениях, при утоплении, при сильных ушибах (контузиях), при солнечном и тепловом ударах, а также в ряде других случаев бывает, что пораженный не дышит, кажется мертвым, а жизнь еще теплится в организме. В этих случаях нужно уметь отличить живого от мертвого и при наличии хотя бы незначительных признаков жизни или в сомнительных случаях следует делать искусственное дыхание. Искусственное дыхание не производится при поражении удушающими ОВ, так как в этих случаях оно ухудшит состояние пораженного.

51. Для того чтобы убедиться, что раненый жив, надо приложить ухо к левой стороне груди под соском, где должно быть слышно биение сердца; если не видно, что человек дышит, нужно поднести к его рту блестящий предмет (зеркало, ножницы), и если он запотевает, это указывает на наличие дыхания; при раздвигании век закрытого глаза зрачок живого человека от света суживается, у мертвого нет; прикосновение к слизистой оболочке глаза у живого вызывает моргание, чего у мертвого не бывает; при перетягивании пальца на руке ниткой или тонкой бичевкой у живого человека кожа пальца покраснеет или посинеет, у мертвого этого не произойдет.

52. Проверив, нет ли во рту у раненого рвотных масс, земли и других предметов, закупоривающих горло, не запал ли язык, растегнув у него воротник, освободив ремень, следует начинать искусственное дыхание.

Способ Сильвестра

Раненого кладут лицом вверх, под спину ниже лопаток ему подкладывают сверток из одежды или скатку шинели, голову поворачивают на бок. Санитар становится на колени у изголовья раненого, лицом к нему, берет его за предплечья у самых локтей и отводит их вверх, назад и в стороны до прикосновения кистей рук с землей. При этом грудная клетка расширяется и происходит вдох (рис. 50). Затем руки раненого прижимаются с силой к грудной клетке локтями, тогда грудная клетка сжимается и происходит выдох (рис. 50а). Такие движения необходимо производить 16—18 раз в минуту.

Рис. 50. Искусственное дыхание по способу Сильвестра. Вид 1.

Рис. 50а. Искусственное дыхание по способу Сильвестра. Вид 2.

Способ Говарда

Раненого кладут лицом вверх, подложив под спину валик из одежды; санитар становится на колени лицом к пострадавшему, как бы садясь верхом на его бедра, и кладет свои ладони на грудь пострадавшего, расположив 4 пальца вдоль нижнего края последних ребер, а большие пальцы отодвигая к середине груди. Опускаясь тяжестью своего тела на ладони, санитар нажимает на грудь пострадавшего; при этом происходит выдох

(рис. 51); откидываясь назад, происходит вдох (рис. 51а). Такие движения производятся 16—18 раз в минуту.

Рис. 51. Искусственное дыхание по способу Говарда. Выдох.

Рис. 51а. Искусственное дыхание по способу Говарда. Вдох

Способ Шеффера

Положив раненого на живот на валик, повернув его голову на бок и вытянув руки пострадавшего вперед, санитар становится на колени, как бы верхом на таз пострадавшего и кладет свои ладони так, чтобы большие пальцы касались его позвоночника, а осталь-

ные пальцы были вытянуты вдоль нижних ребер. Санитар налегает всей тяжестью своего тела на ладони, при этом происходит выдох (рис. 52); при отклонении назад и ослаблении рук санитара происходит вдох (рис. 51а). Движения повторяются 16—18 раз в минуту.

Рис. 52. Искусственное дыхание по способу Шеффера. Выдох.

Рис. 52а. Искусственное дыхание по способу Шеффера. Вдох.

Способ Лаборда

Санитар захватывает пальцами через марлю или косынку язык раненого и равномерно потягивает и отпускает его. Потягивания производятся 16—18 раз в минуту (этот способ менее эффективен).

Искусственное дыхание производится до начала самостоятельного дыхания раненым, иногда оно продолжается не менее 2—3 часов подряд. При производстве искусственного дыхания нужно учитывать, нет ли у раненого перелома костей и других повреждений и в зависимости от этого применять тот или иной способ искусственного дыхания. При отсутствии повреждения верхних конечностей, грудной клетки и позвоночника можно применять способ Сильвестра. При наличии повреждений верхних конечностей можно применять способы Говарта и Шефера. При переломах ребер следует пользоваться способом Лаборда.

Оказание помощи при отморожении и замерзании

53. Отморожение узнается по сильному побелению кожи и потере ею чувствительности. Отмороженное место нужно растирать перчаткой, рукой, смоченной спиртом, до тех пор, пока кожа не покраснеет. После этого на отмороженное место накладывается сухая асептическая повязка из индивидуального перевязочного пакета. При более сильном отморожении могут образоваться пузыри или омертвение отмороженного места. В этом случае следует, не вскрывая пузырей, наложить асептическую повязку. При общем замерзании пострадавшего следует оттирать снегом, сняв с него одежду. Снятие одежды производится осторожно, так как при неосторожном обращении легко можно вызвать перелом замерзших конечностей. Растирание обмороженного производится до покраснения кожи и до появления признаков жизни, после чего обмороженного укрывают шинелью, обертывают портян-

ками ноги и обувают их, на руки надевают перчатки, на голову — ушанку, опустив на уши, и вызывают санитаров-носильщиков или вспомогательных санитаров для немедленной транспортировки на БМП.

Оказание помощи при ожогах

54. Человека с горящей на нем одеждой нужно уложить немедленно на землю, набросить на него шинель, одеяло и т. п. и, плотно прижав к телу, погасить огонь. Обгоревшая одежда снимается с обожженного с оставлением тех участков, которые прилипли к телу.

55. На обожженные места накладывают стерильную повязку. При наличии пузырей накладывается такая же повязка (пузырей не вскрывать). При ожогах от фосфора, с горящими частицами фосфора на коже их следует тушить марлей или другой тканью, смоченной водой; при наличии просторного водсема нужно горящий участок тела погрузить в воду, после чего наложить на пораженные места асептическую повязку.

Оказание помощи при утоплении

56. Извлеченному из воды утопающему нужно раскрыть и очистить рот, если запал язык, вытянуть его, затем положить пострадавшего вниз лицом, подставив под его живот колено, и надавливать ладонью на спину для удаления воды из легких и из желудка. Когда вода перестанет вытекать изо рта и из носа, пострадавшего кладут на землю и производят искусственное дыхание.

Оказание помощи при тепловом и солнечном ударе

57. При тепловом и солнечном ударе наступает общая слабость, тошнота, покраснение лица, иногда потеря сознания. Пострадавшего нужно вынести в тень, расстегнуть воротник гимнастерки, снять снаряжение, ремень, мочить голову холодной водой. При остановке дыхания необходимо давать нюхать нашатырный спирт и делать искусственное дыхание.

Оказание помощи при поражении электрическим током

58. Для отделения пораженного от провода необходимо, обмотав руку сухой одеждой, рассечь провод топором с сухим деревянным топорищем или лопатой и отодвинуть провод от пораженного деревянной палкой или доской. Оказывающий помощь санитар должен находиться на сухой почве. После прекращения действия тока на пораженного ему в случае необходимости производят искусственное дыхание и накладывают асептическую повязку на обожженные места.

59. При оказании первой помощи санитар должен установить в зависимости от поражения и состояния пострадавшего степень срочности доставки его на ближайший медицинский пункт и в необходимых случаях принять все меры для доставки — вызвать санитаров-носильщиков, просить ближайшего командира выделить вспомогательных санитаров, доложить командиру санитарного отделения роты.

Глава V

ПЕРЕНОСКА РАНЕНЫХ В БОЮ

60. Быстрое удаление раненых с поля боя способствует своевременному оказанию им врачебной помощи, а покойная и удобная доставка их на медицинские пункты благотворно влияет на их состояние. Неумелая и неправильная переноска раненых может нанести вред их здоровью. Чтобы умело и сноровисто переносить раненых, санитар должен хорошо владеть различными приемами выноса и замаскированного, т. е. скрытого от противника, передвижения с ними. В бою некоторая часть легко раненых доходит до медицинского пункта самостоятельно, помогая друг другу или в сопровождении санитара. В непосредственной близости к противнику ротные и вспомогательные санитары оттаскивают раненых, не могущих самостоятельно двигаться, в места укрытия. Из укрытых мест и мест скопления («гнезд») раненых санитары-носильщики выносят в тыл, если позволяет огонь противника, на носилках, а при невозможности и без носилок.

Рис. 53 Переноска раненого с помощью носилочной лямки.

61. 1. Переноска одним санитаром:

а) С помощью носилочной лямки — первый способ. С носилочной лямкой (вось-

меркой), надетой на себя, санитар садится на землю спиной к раненому, просовывает его ноги в петли лямки и, взявшись за его руки, приподнимает его к себе на спину и перено-

Рис. 54. Лямка в виде кольца, подсунутая под раненого (образование петель).

сит (рис. 53). Этот способ неприменим при ранении конечностей.

Второй способ. Носилочная лямка, застегнутая в виде кольца, подводится одной

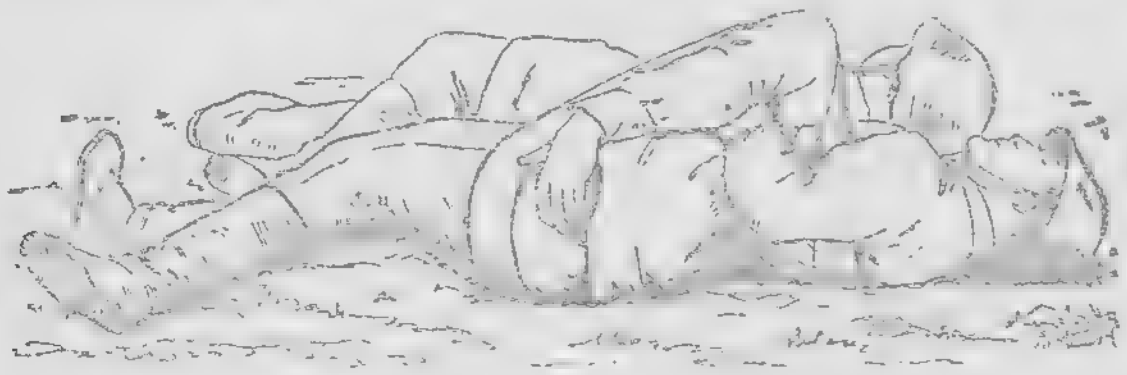


Рис. 55. Санитар подтягивает петли лямки на плечи.

половиной под ягодицы раненого, а другой половиной надевается на его спину подмышки. С каждой стороны раненого образуется петля (рис. 54). Санитар ложа просовывает

свои руки в петли надетой на раненого лямки, подтягивает петли лямки на свои плечи (рис. 55), приподнимает раненого к себе на спину и поднимается с ним постепенно, сначала становясь на четвереньки, затем на одно колено и, наконец, во весь рост. Ране-

Рис. 56. Переноска раненого одним санитаром (лямка в виде кольца).

Рис. 57. Переноска раненого одним санитаром на спине.

ный сидит на лямке, прижатый к санитару этой же лямкой (рис. 56). Этот способ удобен, когда тяжело раненый не может сам держаться за санитара.

б) На руках — **первый способ**. Санитар сажает раненого на возвышенное место, а сам, опустившись на одно колено, становится между его ногами спиной к раненому. Последний обхватывает санитара за плечи

(не разрешать держаться за шею) или держится за его пояс, а санитар берет раненого обеими руками под бедра и встает на ноги (рис. 57).

Второй способ. Санитар кладет раненого животом вниз на свое правое плечо так, чтобы голова его находилась за спиной, а ноги на груди санитара; обхватывает раненого правой рукой и ею же захватывает кисть правой руки раненого (рис. 58). Этим способом переносятся только на небольшое расстояние раненые, у которых после потери крови наступило обморочное состояние с побледнением лица.

Рис. 58. Переноска раненого одним санитаром на плече.

Третий способ. Встав сбоку от раненого и опустившись на колено, которое ближе к голове раненого, санитар берет его одной рукой под спину, другой под ягодицы, а раненый обнимает его за шею. После этого санитар сразу становится на ноги (рис. 59).

Этим способом можно пользоваться только при переноске на очень короткое расстояние.

Санитар, перенося раненого, отдыхает 2—3 минуты через каждые 150—200 шагов. Для отдыха он выбирает возвышенное место (холмик, пенек и т. п.), сажает на него раненого и садится сам, наблюдая за его состоя-

нием и облегчая положение (поправляет сбившуюся повязку, подбинтовывает, дает пить и т. п.). Если раненого по тяжести состояния нужно положить, санитар осторожно опускается сначала на колено, затем на четвереньки и, осторожно повертываясь, кладет его на спину или на бок (в зависимости от характера ранения).

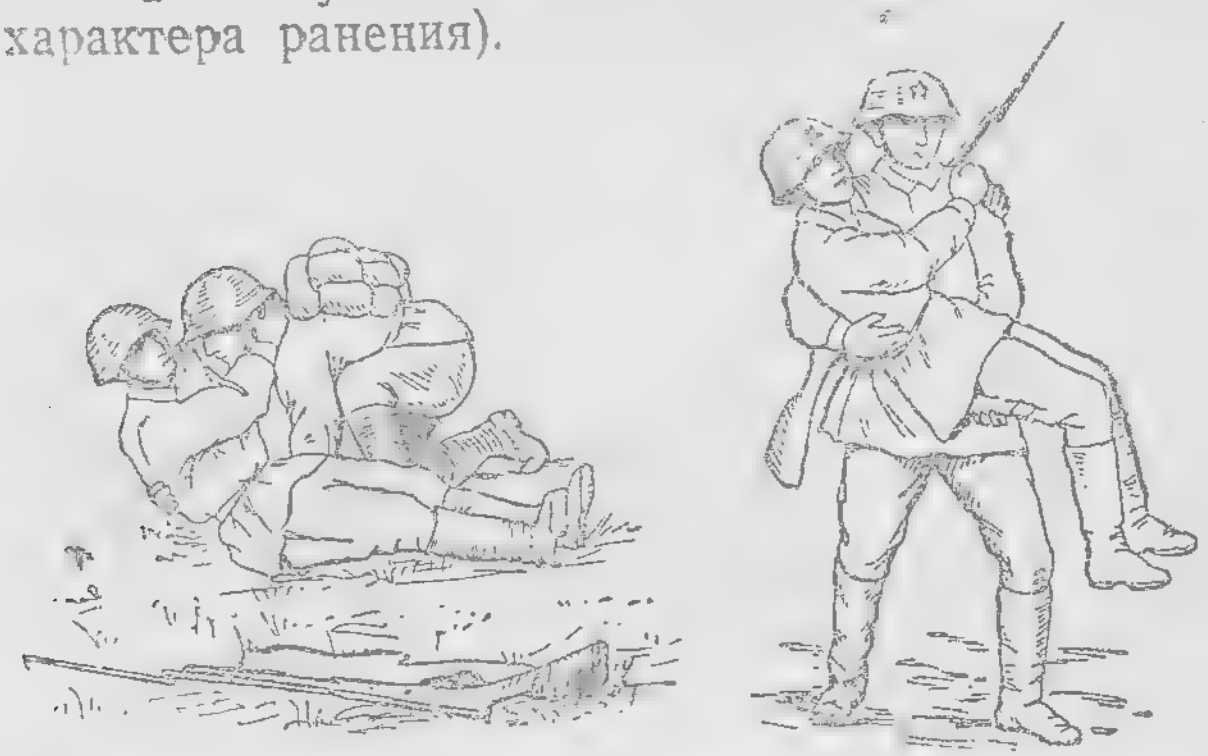


Рис. 59. Переноска раненого одним санитаром на руках.

2. Переноска двумя санитарами:

а) С помощью носилочной лямки. Сделав из носилочной лямки восьмерку, санитары надевают ее на себя так, чтобы перекрест лямки был между ними на уровне тазобедренных суставов, а петля шла у одного через правое, а у другого через левое плечо. Раненого сажают на перекрест лямки и переносят (рис. 60).

б) На руках — первый способ. Санитары складывают свои руки так, чтобы образовалось сиденье для раненого, для чего соединяют правую руку одного санитара с левой рукой другого, а свободными руками под-

Рис. 60. Переноска раненого двумя санитарами на лямке.

держивают сидящего на руках раненого. Сиденье можно сделать, соединив три руки (две руки одного санитара и одну руку второго

Рис. 61. Сидение для раненого из рук санитаров.

санитара); свободная рука, положенная на плечо первого санитара, служит для поддержки сидящего на трех руках раненого (рис. 61). Если раненый в состоянии обхватить санитаров руками за шею, то его можно переносить, посадив на четыре соединенные руки (рис. 62). Сажать раненого удобно следующим образом: санитары, встав лицом друг к другу, один на правое, а другой на левое

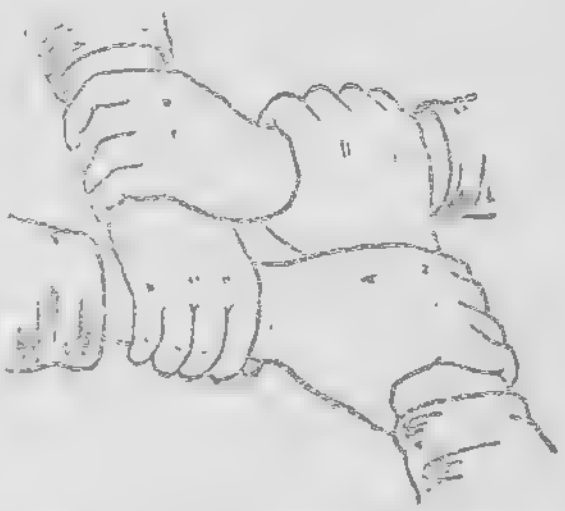


Рис. 62. Сложный замок.

колено, по обеим сторонам раненого, приподнимают его и сажают на сомкнутые колени; затем, положив его руки к себе на шею и сделав из своих рук сиденье, подводят его под ягодицы раненого, а сами встают на ноги (рис. 63).

Второй способ. Один из санитаров, подойдя сзади к раненому, подхватывает его

Рис. 63. Способ усаживания раненого двумя санитарами на сиденье из рук.

подмышки согнутыми в локтях руками; другой санитар, встав между ног раненого спиной к нему, обхватывает руками его голени. Первый санитар не должен соединять свои руки на груди раненого, чтобы не затруднять ему дыхание; руками лучше ухватиться за поясной ремень (рис. 64). Этим способом можно переносить на короткое расстояние и нельзя переносить раненого с переломом конечностей.

Рис. 64. Переноска раненого двумя санитарами.

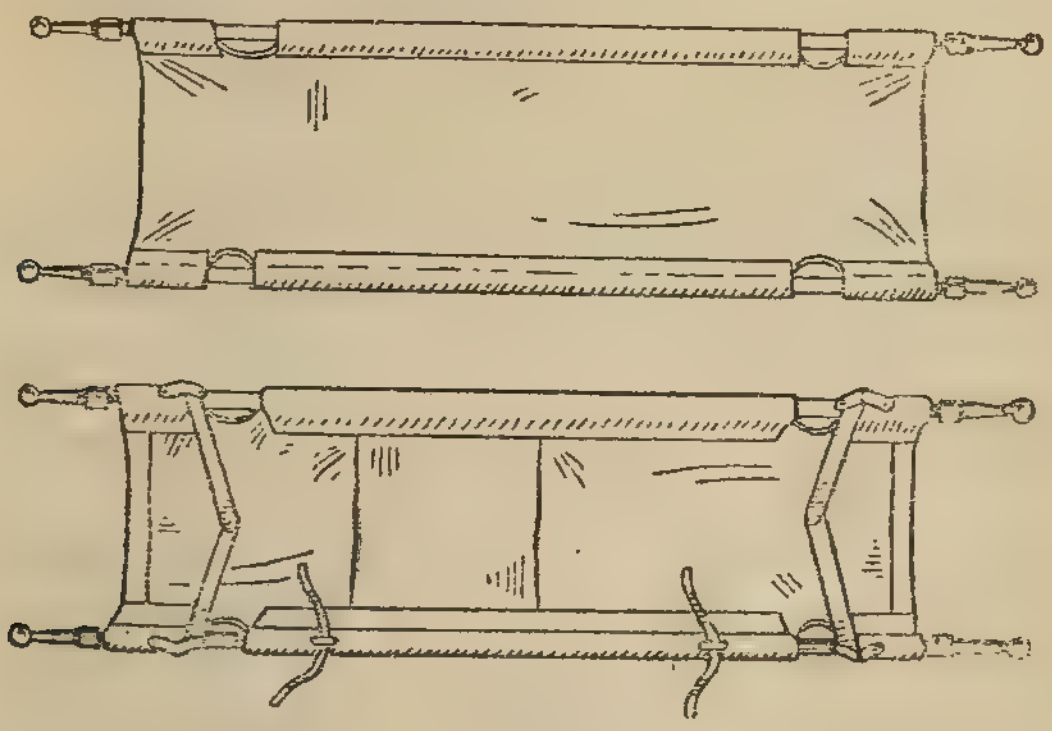


Рис. 65 Складные носилки.

Третий способ. Оба санитара, подойдя сбоку к раненому, опускаются на одно колено; санитар, находящийся у головы раненого, берет его одной рукой под спину, а другой под поясницу; раненый обхватывает санитара руками за шею. Другой санитар, находящийся у ног, подбирается одной рукой под ягодицы, а другой под голени, и оба, поднимая раненого, становятся на ноги. Так можно переносить на короткие расстояния.

62. В Красной армии на снабжении состоят складные и разборные носилки.

63. Складные носилки (рис. 65) состоят из двух деревянных брусьев, двух складных железных распорок с ножками и съемного полотнища с приподнятым изголовьем. Распорки носилок вместе с ножками также съемные и прикрепляются к брусьям шпильками с гайками. Концы брусьев называются ручками носилок. Части брусьев, примыкающие к ручкам, окованы железом для предохранения от порчи при установке носилок на подрессоривающие приспособления в грузовых автомобилях и в железнодорожных вагонах. Полотнище носилок имеет по обеим сторонам пашитые рукава, служащие для надевания полотнища на брусья. К полотнищу пришиты четыре пары тесемок для укрепления полотнища с ножками и для связывания свернутых носилок при их хранении. Для уменьшения провисания полотнище подшито снизу в средней своей части одной поперечной парусиновой полосой. Длина носилок 221,5 см, ширина 55 см, вес 9—9,5 кг. Все носилки изготовляются одинакового размера (стандартные) и приспособлены для любого вида транспорта. Для развертывания носилок два санитара раз-

вязывают тесемки, затем, потянув за ручки, раскрывают носилки и потягивают полотнище каждый на себя; упираясь коленом или носком сапога в распорки, выпрямляют их до отказа. Выправив полотнище, каждый санитар

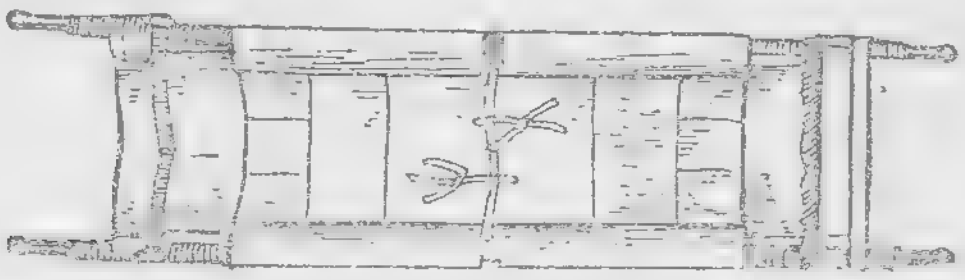


Рис. 66. Разборные носилки.

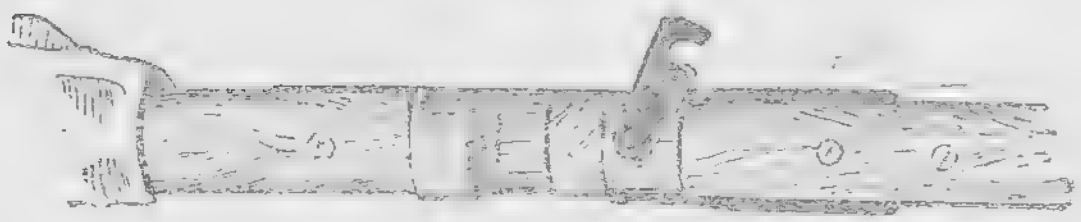


Рис. 66а. Замок разборных носилок.

закрепляет его со своего конца, привязав тесемками за ножки носилок. Для свертывания носилок санитары по очереди опускают свой конец носилок и ударом ступни вниз полускладывают распорки; затем, перевернув носилки ножками вверх, когда полотнище провиснет на противоположную сторону, сдвигают их окончательно, ставят ножками на землю и, сложив полотнище в три складки, прижимая коленом, обхватывают полотнище тесемками.

64. Разборные носилки (рис. 66) состоят из двух частей, каждая из которых представляет собой половину поперечно разделенных складных носилок. Размеры разбор-

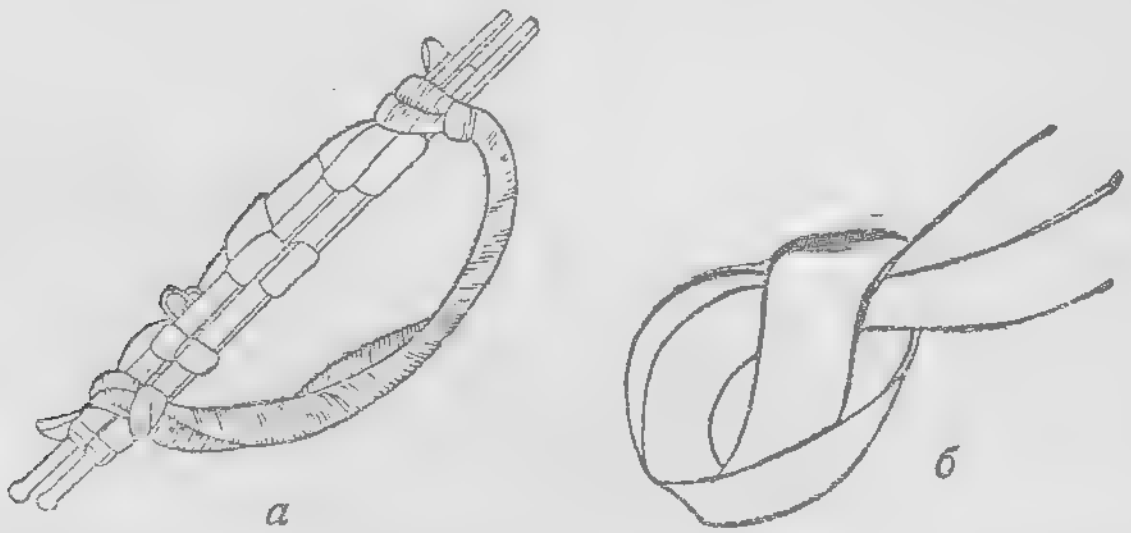
ных носилок те же, что и складных носилок. Каждая из половин разборных носилок соединяется между собой железными замками, имеющими вид жолобов. Жолоба охватывают соединяющиеся концы брусьев с наружной

Рис. 67. Переноска раненого на одной половине разборных носилок.

стороны и запираются крючками. Для скрепления обеих половин полотнищ на внутренних краях каждой нашито по одной петле и одной завязке. Для натяжки полотнища по наружному краю каждой половины нашит ремень и, кроме того, для натяжки полотнища имеется съемный добавочный ремень, закрепляемый на головном конце носилок.

65. Чтобы разобрать носилки, нужно развязать завязки, скрепляющие полотнище,

сдвинуть наполовину распорки; для освобождения замка стянуть полотнище к ручкам, открыть крючки и разъединить половину носилок. Половины носилок используются для переноски раненых в узких проходах, в окопах, в ходах сообщения и т. п. (рис. 67). Половина разборных носилок переносится в сложенном виде отдельно каждым санитаром. Для этого применяется носилочная лямка, на



а *б*

Рис. 68. Половина разборных носилок на лямке (*а*), лямочная петля для обхвата носилок (*б*).

конце которой делаются затяжные петли (рис. 68). Чтобы развернуть для работы половину носилок, нужно оттянуть внутренний край полотнища к ручкам, раскрыть распорку и, привязав к ней завязку полотнища, стянуть ручки носилок друг к другу с помощью ремня для натяжки полотнища. Для сборки целых носилок из двух половин нужно, раскрыв наполовину распорки, поставить обе половины на землю, вложить каждый брус в соответствующий жолоб, закрыть крюк, закрепить завязки на внутренних краях половин полотнища, раскрыть до конца распорки, натянуть полотнище нашитыми на наружных краях

ремнями, стянуть ручки носилок на головном конце съемным ремнем.

66. Для облегчения переноски на носилках применяется носилочная лямка. В петли носилочной лямки, надетой восьмеркой на санитара, продеваются ручки носилок, так чтобы лямочные петли ложились ближе к металлической обивке брусьев. Руки переднего санитара-носильщика кладутся впереди лямок, а заднего — позади них (рис. 69). При отсут-

Рис. 69. Положение лямки на носилках.

ствии носилочных лямок их можно сделать из двух-трех поясных ремней (свободный конец одного ремня соединяется с пряжкой другого и т. д.) или из ружейного ремня и двух треничков.

67. Для дегазации, дезинфекции и стирки полотнище снимают с брусьев. В складных носилках, для того чтобы снять полотнище, нужно отвинтить гайки и снять ножки и распорки на ножном конце, разрезать тесемки изголовья, стянуть полотнище с брусьев по направлению снятой распорки, вставить на место отвинченные части (чтобы их не затерять). Надевается полотнище в обратном порядке. В разборных носилках каждая поло-

зина полотнища снимается с брусьев легко, без отвинчивания гаек. Пряжки на ремнях разборных носилок съемные и перед стиркой снимаются.

68. Для транспортировки на санитарных носилках зимой по снегу применяется лыжно-носилочная установка, описанная выше. Зна-

Рис. 70. Переноска раненого на плащ-палатке (одеяле).

чительно более удобной является вполне заменяющая лыжно-носилочную установку лодочка-волокуша, также описанная выше.

69. При отсутствии носилок их можно заменить различными подручными материалами:

1) для переноски на небольшие расстояния применяются одеяла, палатки, шинели; в этих случаях раненого переносят трое санитаров (рис. 70);

2) носилки из тех же предметов, прикрепленных к одной или двум жердям; раненого переносят два санитара (рис. 71);

3) носилки можно сделать из мешков и

Рис. 71. Переноска раненого на плащ-палатке (одеяле) с помощью одной жерди.

двух палок; для этого кладут на землю несколько мешков, делают в них дыры, через которые просовывают крепкие палки, и носилки готовы (рис. 72);

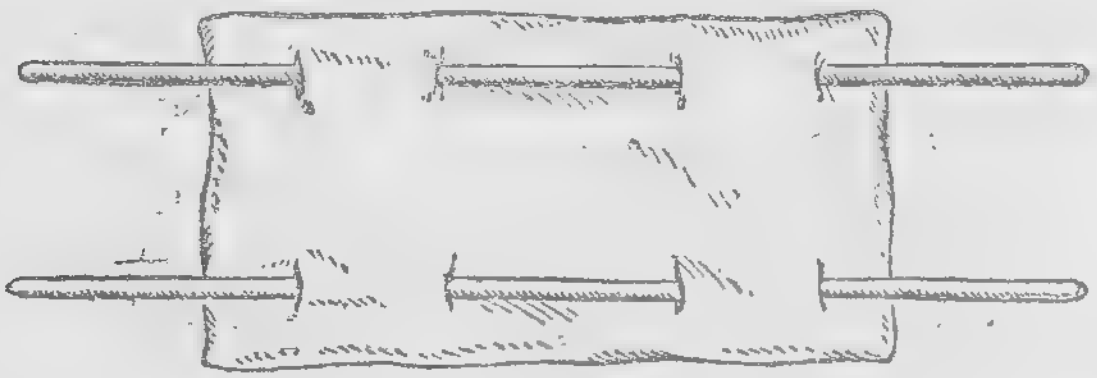


Рис. 72. Носилки из двух жердей и мешка.

4) вместо носилок в некоторых случаях можно приспособить шинель и винтовки, предварительно вынув патроны из винтовок; ши-

нель расстилают на земле подкладкой вверх, рукава шинели выворачивают и в них продевают винтовки или палки, полы шинели заворачивают поверх рукавов и застегивают на все крючки; подол шинели нужно сшить или

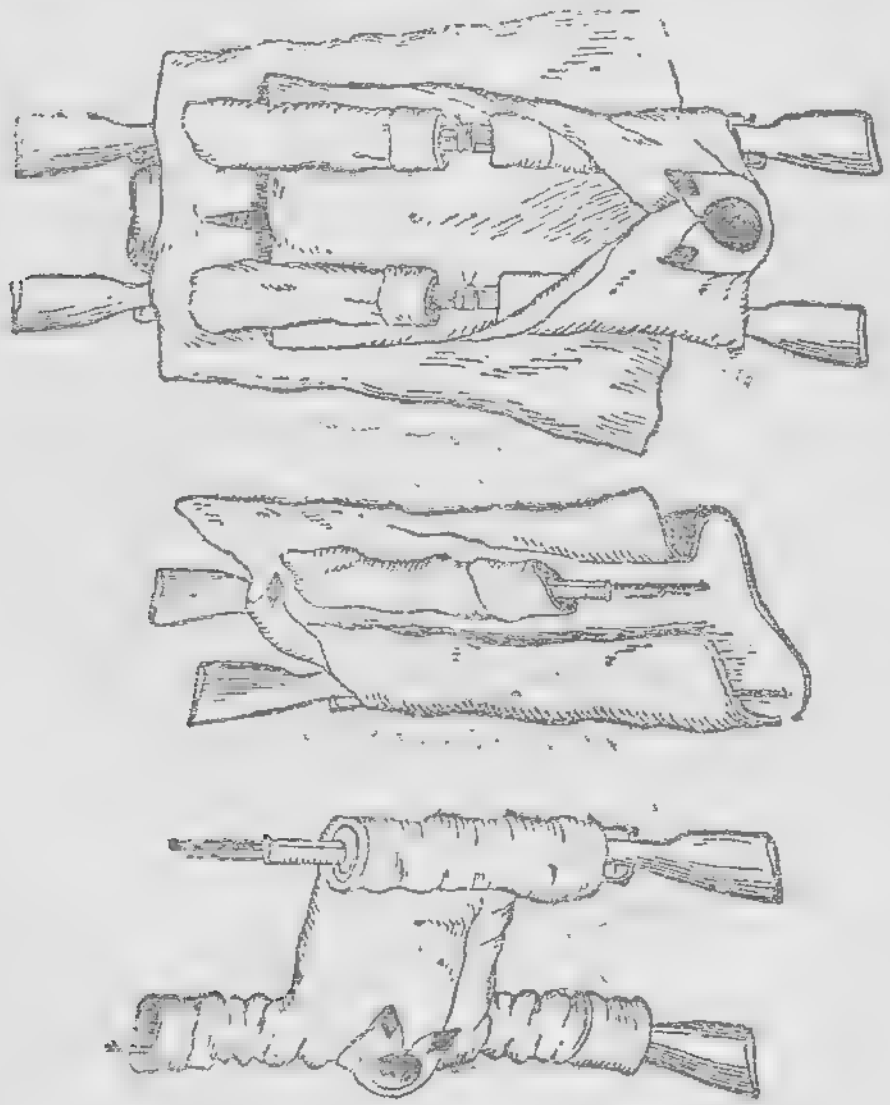


Рис. 73. Носилки из шинелей и винтовок.

связать; на таких носилках раненый может только сидеть или полулежать (рис. 73);

5) иногда носилки можно заменить широкой доской, на которую кладут шинель, плащ-палатку или сено.

Работа санитаров-носильщиков

70. Порядок работы санитаров-носильщиков зависит от боевой обстановки (форма и на-

пряженность боя, характер местности) и определяется следующим:

1) санитары-носильщики находятся на ПСТ или в составе ядра санитарного взвода батальона;

2) звенья санитаров-носильщиков подчиняются начальнику ПСТ и следуют за наступающими ротами; каждому звену дается направление и сектор;

3) звенья санитаров-носильщиков могут выделяться в распоряжение командира санитарного отделения роты и работать по его указаниям;

4) в обороне звенья санитаров-носильщиков расставляются на путях выноса раненых из рот до санитарного взвода батальона (или ПСТ) на дистанциях, не превышающих 10—15 минут движения между соседними звеньями. Носилочные звенья (звено), находящиеся в указанных выше местах, называются подставами. Вынос раненых по методу подстав (или эстафетному методу) производится следующим образом: каждое носилочное звено переносит раненого на своем участке до места нахождения соседнего звена, передавая последнему раненого на носилках и возвращаясь обратно с полученными взамен порожними носилками.

71. Движение и работа санитаров-носильщиков по выносу раненых должны быть согласованы, для чего (в случаях, когда уборка с поля боя производится вне обстрела противника) старшим санитаром[1] могут подаваться команды. При обнаружении раненого по-

---

[1] Старшим санитаром назначается наиболее обученный санитар из звена.

дается команда «к раненому»; по этой команде санитары приближаются к нему. По команде «опустить» носилки развертывают и ставят на землю рядом с раненым головным их концом к голове раненого; носилки ставят со стороны ранения; для погрузки сами санитары становятся к здоровой стороне раненого. По команде «взять» санитары берут раненого и приподнимают его, не вставая с колен. По команде «опустить» раненого осторожно укладывают на носилки. Укладывать нужно так, чтобы раненой части тела было придано возвышенное положение, а место ранения не подвергалось давлению. После того как раненый уложен на носилки, подается команда «по местам», по которой один санитар становится к головному концу носилок, лицом к раненому, а другой — к ножному концу, спиной к раненому. По команде «на лямки» санитары наклоняются, сгибая колени, надевают петли лямок на ручки носилок и, оставаясь в полусогнутом положении, берутся за ручки носилок. По команде «встать» санитары выпрямляются и поднимают носилки. Поднимать и опускать носилки с раненым нужно одновременно и осторожно. Движение с носилками производится по команде «шагом марш». Движение с груженными носилками совершается не в ногу, для чего по команде «шагом марш» передний санитар делает шаг вперед правой ногой, а задний санитар — левой ногой. По команде «звено, стой» носилочное звено останавливается. По команде «ставь» оба санитара нагибаются и ставят носилки на землю. Для поворота носилок на месте, не опуская их на землю, подается команда «звено, налево (направо), кругом марш», по которой передний

санитар заходит влево или вправо кругом, а задний поворачивается на месте в ту же сторону.

72. Раненого переносят на носилках ногами вперед. При подъеме на гору носилки поворачивают головным концом вперед. Раненых, потерявших много крови, и раненных в ноги при подъеме следует нести ногами вперед. Для сохранения горизонтального положения носилок при движении в гору задний конец носилок поднимается; при движении под гору поднимается передний конец носилок (рис. 74 и 75).

Раненных в челюсти укладывают на носилки лицом вниз во избежание затекания крови в дыхательные пути, могущего вызвать удушение. Раненных в живот переносят на носилках в положении на спине с согнутыми коленями и подложенным под них валиком из одежды или скаткой шинели.

73. Во время движения передний санитар-носильщик предупреждает заднего о всех неровностях дороги. Если на пути носилочного звена встречается невысокая ограда, забор, проволока, окоп, ход сообщения, канава, то передний санитар ставит передние ручки носилок на препятствие (если это забор, ограда) или оставляет свисать передние ручки носилок над краем препятствия (если это ров, канава). После этого, перебравшись через препятствие, передний санитар принимает носилки на себя; задний санитар осторожно продвигает к нему носилки, а затем переходит сам.

74. Средняя скорость движения носилочного звена с груженными носилками по ровной местности равняется 2—2,5 км, а порожняком

Рис. 74. Переноска раненого в гору.

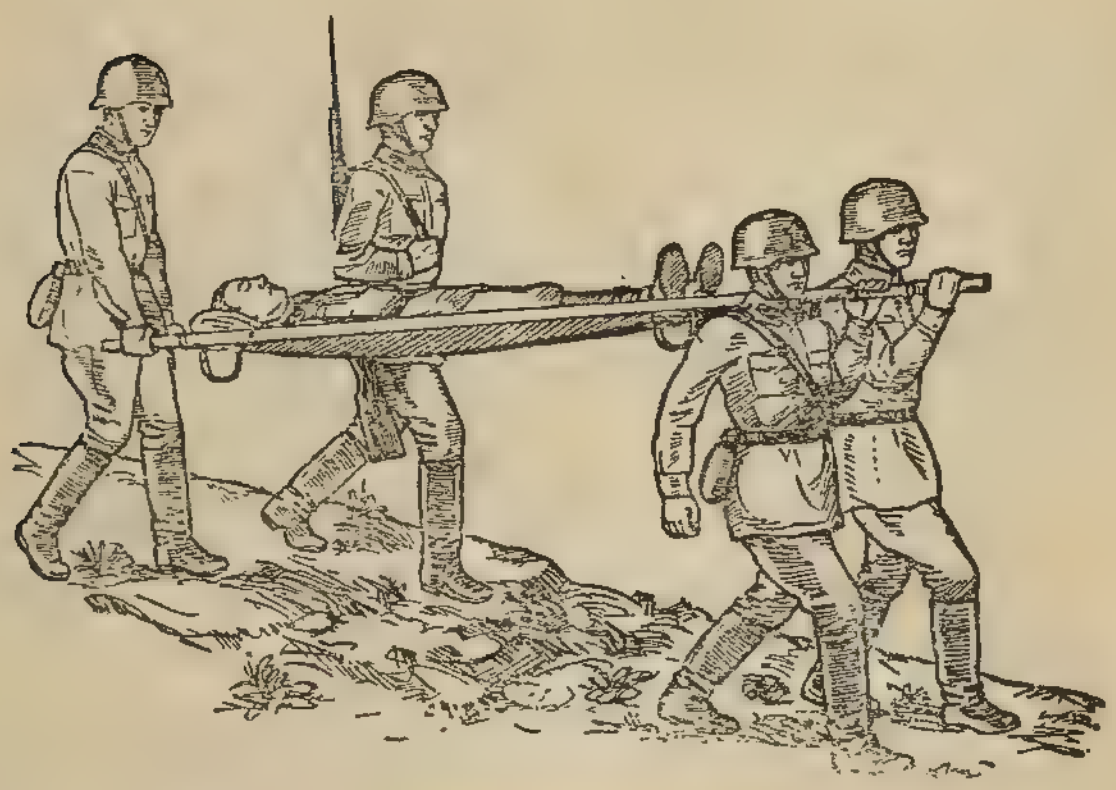


Рис. 75. Переноска раненого с горы.

4—5 км в час. После каждого полукилометра делается отдых в течение 3—5 минут. После отдыха носильщики меняются местами. Скорость движения значительно уменьшается если:

а) переноска производится по сильно пересеченной местности и дороги трудно проходимы;

б) при переноске санитары вынуждены укрываться от обстрела;

в) работать приходится в противогазе, защитных костюмах;

г) переноска совершается ночью.

75. В местности, просматриваемой противником, переноска раненых должна совершаться скрыто, с соблюдением всех правил маскировки. В этих случаях на некоторых участках пути приходится прибегать к оттаскиванию на носилках.

76. Вынос раненых санитарами-носильщиками производится до мест, указанных в главе I, п. 6. Во избежание перекладывания раненого с одних носилок на другие носилки сдают на медицинский пункт вместе с раненым, а взамен получают другие. При выносе раненого санитары должны взять с собой все его оружие (предварительно разрядив) и снаряжение. При переноске раненого зимой его нужно хорошо укрыть со всех сторон.

Глава VI

ПОГРУЗКА РАНЕНЫХ НА ТРАНСПОРТ И ПЕРЕВОЗКА

77. С поля боя раненые эвакуируются полковым и дивизионным транспортом на БМП, ПМП и ДМП. Дальнейшая эвакуация производится транспортом корпуса, армии, фронта.

78. На снабжении Красной армии для перевозки раненых по грунтовым дорогам приняты следующие виды санитарного транспорта: санитарная двуколка, санитарная повозка, санитарные сани и санитарные автомобили. Для этой цели можно приспособить и обычный общевойсковой транспорт: повозки, грузовые автомобили. Так, для перевозки раненых на грузовом автомобиле имеется специальное приспособление.

79. Санитарная двуколка рассчитана на одновременную перевозку двух носилочных раненых и одного сидячего или трех сидячих раненых. Повозочный при этом следует пешком, рядом с двуколкой. При размещении раненых без носилок, настлав на дно кузова санитарной двуколки соломы, можно разместить трех лежачих раненых. При парной запряжке можно усадить и четырех раненых. Кузов санитарной двуколки установлен на широкий двухколесный ход. Задняя стенка кузова откидная (рис. 76). Санитарная двуколка имеет: съемный деревянный каркас, приспособленный для надевания на него брезента, съемное сиденье, устанавливаемое на продольные борты двуколки, и двое складных носилок. Санитарная двуколка перевозится одной или двумя лошадьми и движется даже по трудно проходимым дорогам.

80. Санитарная повозка рассчитана на перевозку двух носилочных раненых или четырех сидячих при одном повозочном и одном сопровождающем санитаре (последние размещаются на специальном сиденье повозки). Повозка состоит из кузова, установленного на обычных автомобильных колесах, и съемного деревянного каркаса, приспособлен-

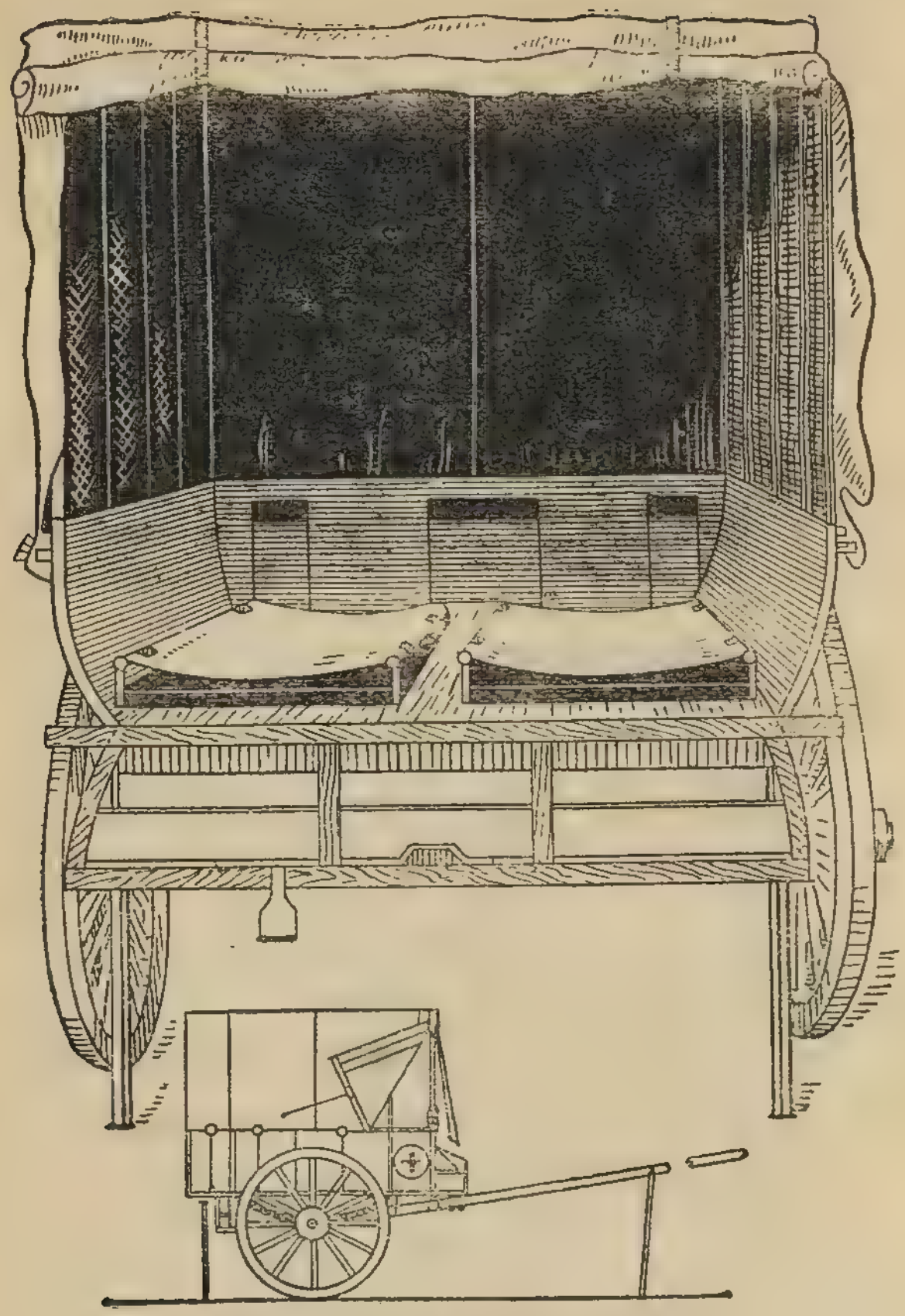


Рис. 76. Санитарная двуколка.

ного для надевания на него брезента. Задняя стенка кузова откидная (рис. 77 и 78). В повозке имеются двое носилок. Повозка перевозится двумя лошадьми, но снабжена буксир-

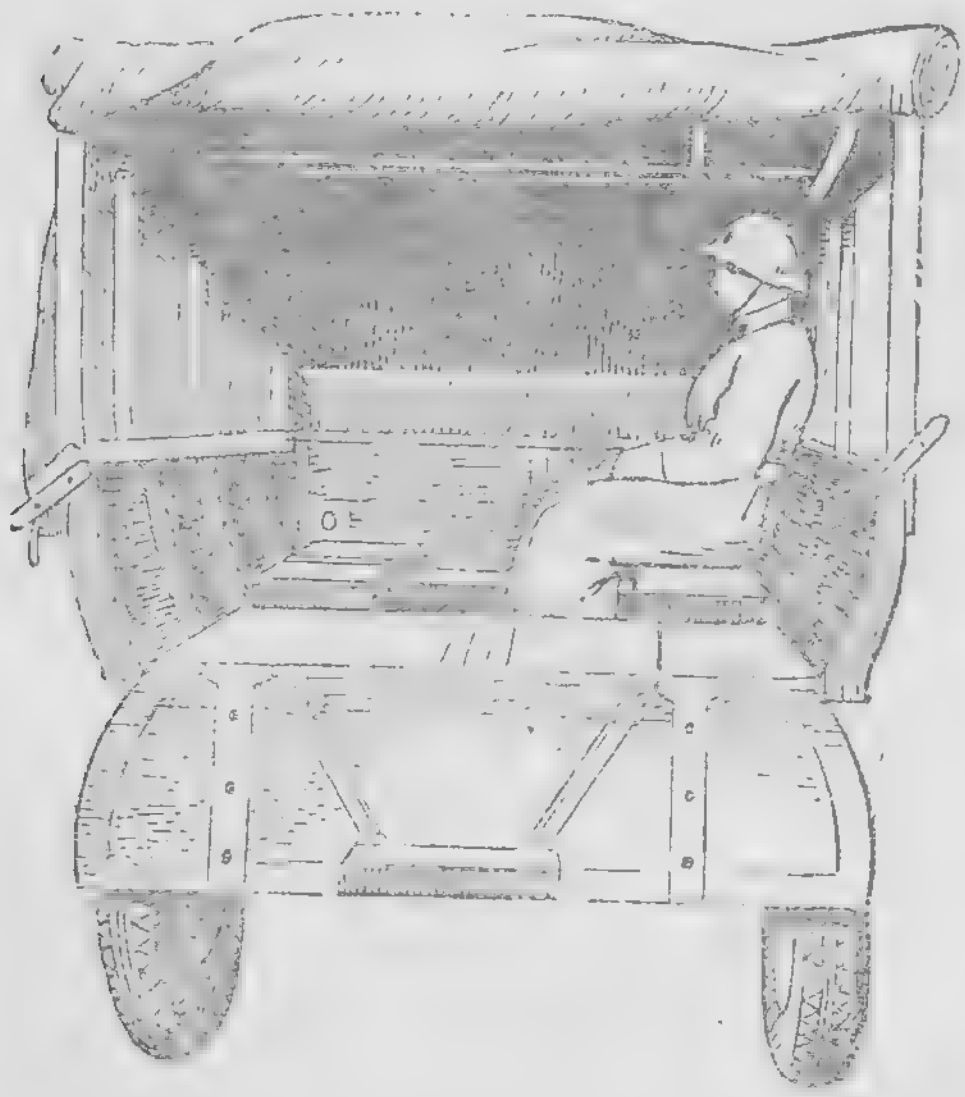


Рис. 77. Санитарная повозка.

ной тягой, позволяющей прицепить повозку к грузовому автомобилю.

81. Для транспортировки раненых зимой, помимо указанного транспорта, применяются конные санитарные сани, рассчитанные на перевозку 5 сидячих раненых или 3 сидячих и 1 носилочного, или 2 сидячих и 2 носилочных. Сани состоят из фанерного крытого кузова, установленного на обыкновенный кре-

етьянский ход, снабженный для большей устойчивости двумя дополнительными полозь-

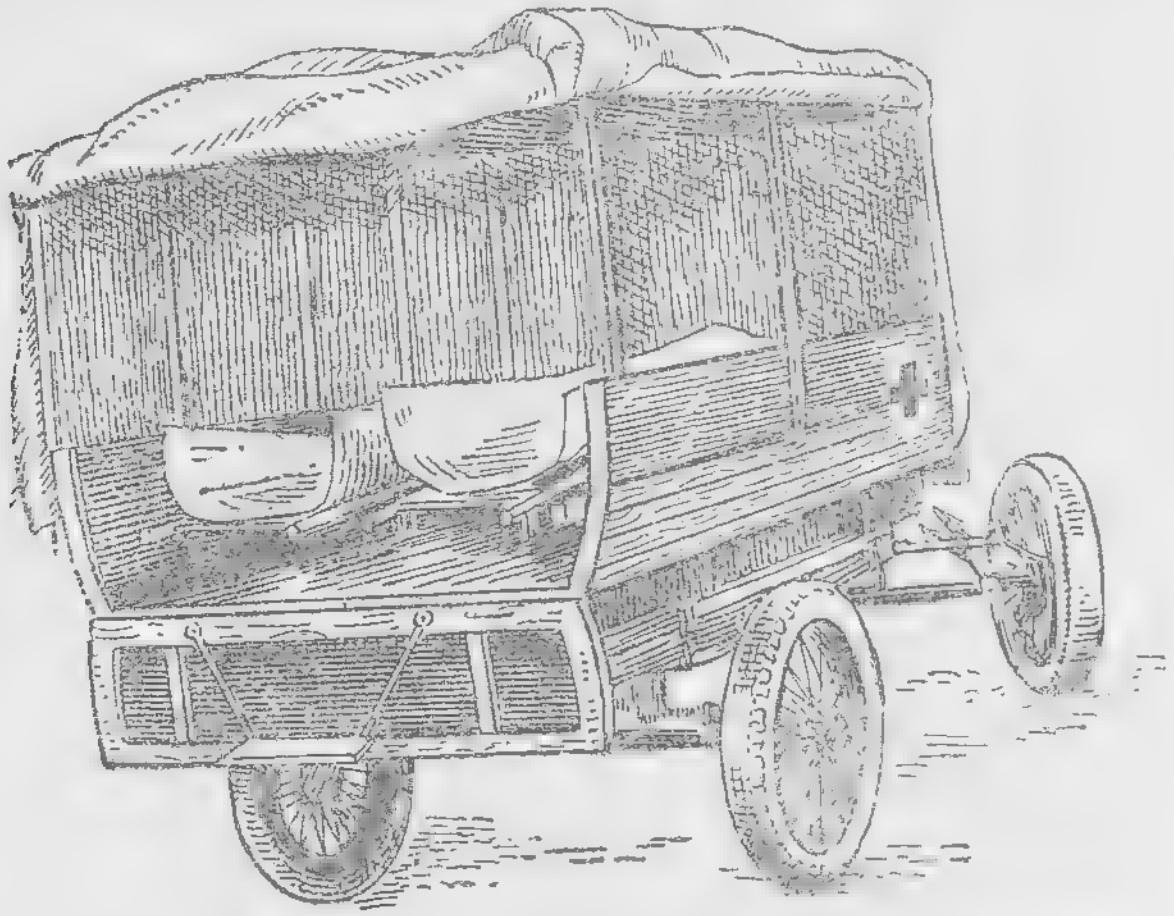


Рис. 78. Санитарная повозка с носилками-гамаками.

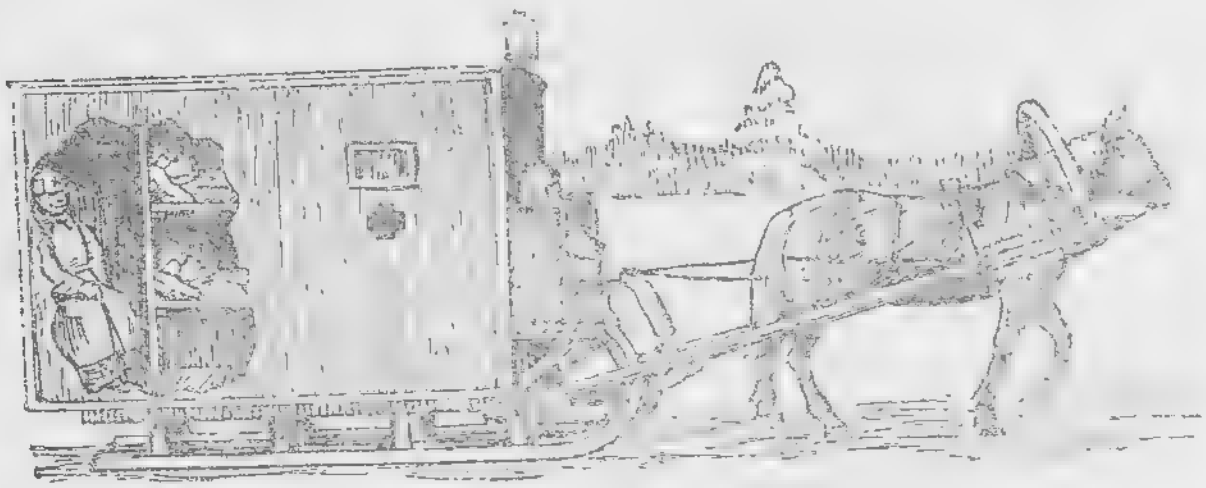


Рис. 79. Конные санитарные сани.

ями (рис. 79). Правая боковая стенка кузова превращена в двустворчатую дверь. Внутреннее оборудование саней (рис. 80) состоит из

5 откидных сидений, приспособления для размещения верхних носилок и брезентового полога, навешенного над передней створкой

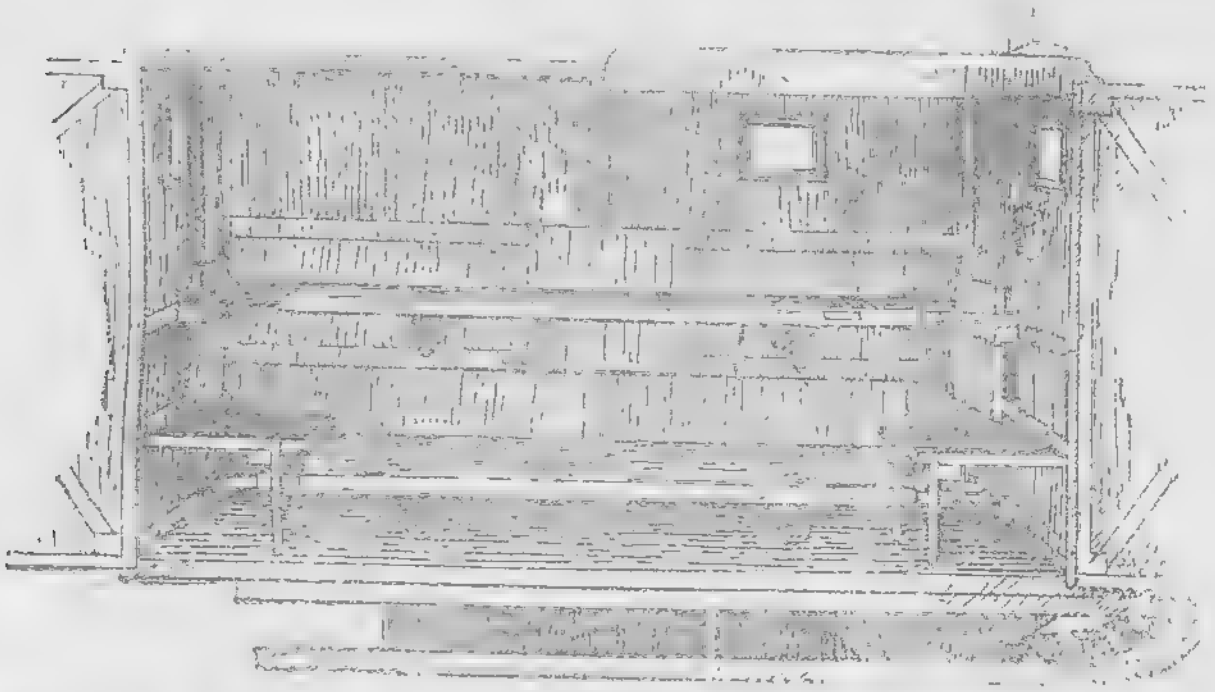


Рис. 80. Конные санитарные сани (внутренний вид).

правой стенки-двери. Санитарные сани можно обогревать керосинкой (рис. 81), дающей температуру внутри кузова 10—15° выше ну... За горящей керосинкой требуется неусыпное наблюдение сопровождающего санитара.

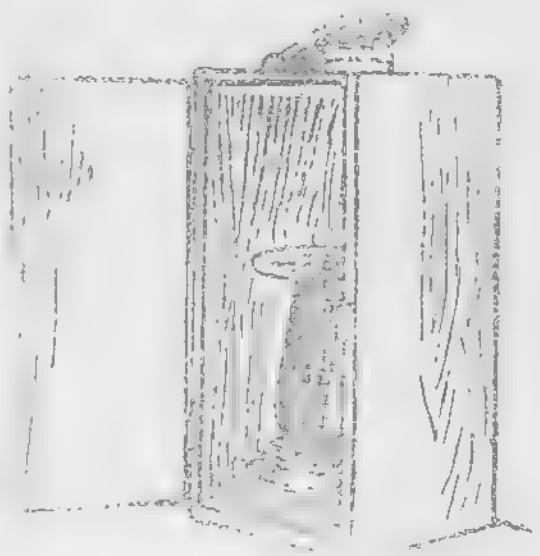


Рис. 81. Обогревание саней керосинкой

82. Санитарные автомобили рассчитаны на перевозку 4 человек на носилках и 2 сидячих (из них 1 сопровождающего) или 10 сидячих раненых, а при смешанной перевозке—2 носилочных и 5 сидячих раненых.

Санитарный автомобиль (рис. 82 и 83) имеет

закрытый легкий кузов автобусного типа обтекаемой формы. Кузов отапливается выхлопными газами двигателя, имеет вентиляционные

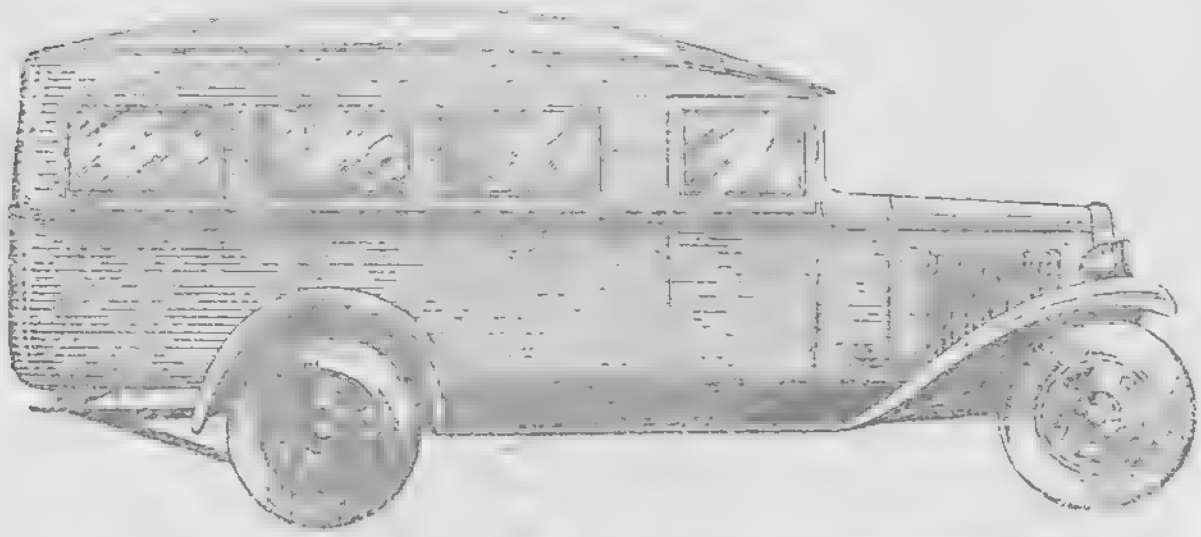


Рис. 82. Санитарный автомобиль (внешний вид)

Рис. 83. Санитарный автомобиль (внутренний вид).

приспособления и электроосвещение. Задняя двустворчатая дверь кузова служит для погрузки раненых, две боковые двери — для входа в кабину. Кабина отделена от помеще-

ния для раненых перегородкой, имеющей форточку и дверь. Внутри кузова имеется специальное оборудование для установки носилок, откидные сиденья для размещения раненых и ящики для укладки имущества. Оборудование для установки носилок состоит из четырех пар направляющих труб и скользящих по ним кареток. Две пары направляющих труб укреплены к потолку для двух носилок верхнего яруса, две пары — к полу для двух нижних носилок. Каждая каретка свободно двигается по направляющим трубам и снабжена двумя подрессоривающими пружинами, соединенными друг с другом поперечиной. На концах поперечины имеются замки для укрепления ручек головного конца носилок. Для крепления ручек ножного конца верхних носилок имеются крюки и ремни. Крюки прикреплены к боковым стенкам кузова на поворотных кронштейнах, ремни подвешены к потолку. Ножки ножного конца нижних носилок (т. е. со стороны погрузочной двери) устанавливаются прямо на пол. Сиденья для раненых откидные, укреплены на боковых стенках и на перегородке. Всего имеется два длинных боковых сиденья и два одиночных у перегородки.

83. Для перевозки раненых в грузовых автомобилях имеется специальное оборудование (рис. 84). Оно представляет собой комплект средств, рассчитанный на перевозку в автомобиле 3 раненых на носилках, устанавливаемых на специальные пружины Крыжилина (рис. 85), и 8 легко раненых на особых сиденьях-шезлонгах. Шезлонги представляют собой два брезентовых полотнища, соответствующих ширине кузова автомобиля. Опорой

для шезлонгов в досках, устанавливаемых в кузовы, служит деревянная обрешетка, состоящая из 6 досок. Две пары боковых досок — верхние (широкие) и нижние (узкие) —

Рис. 84. Грузовой автомобиль со специальным оборудованием для перевозки раненых.

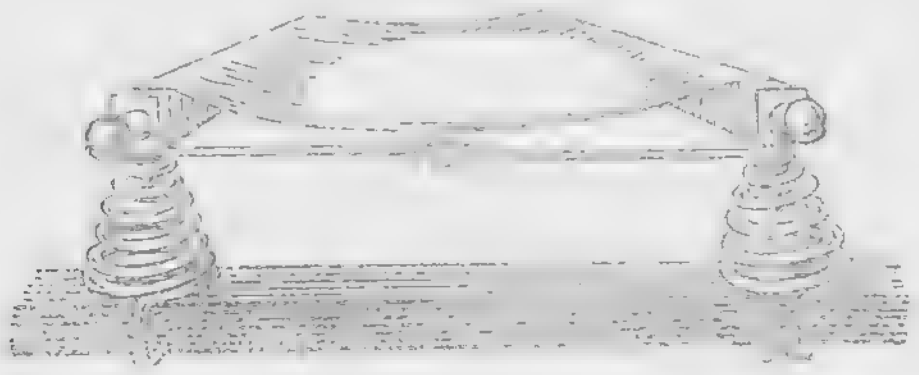


Рис. 85. Носилки, установленные на пружины Кружилина.

служат для укрепления полотнища шезлонга, а две доски — передняя и задняя — служат для установки носилок. Верхняя пара досок для шезлонгов снабжена кронштейнами, имеющими скобки для подвешивания края полотнища. Нижние края полотнищ шезлонгов укрепляются на брусах с помощью нашитых

на полотнищах карманов. Опорой для носилок служат две доски обрешетки, передняя и задняя. На передней доске обрешетки, служащей для установки носилок, укреплены подрессоривающие пружины Кружилина. Задняя доска обрешетки имеет гнезда для ручек носилок. Кузов снабжен брезентовым верхом — тентом, укрепляемом на съемном каркасе.

84. При перевозке раненых в грузовом автомобиле, не имеющем специального приспособления для устранения тряски в нем, рекомендуется загрузить машину равномерным слоем песка весом до 1—2 тонн (из расчета 40—50% загрузки подъемной силы машины), поверх слоя песка положить сена, соломы или листьев и покрыть сверху брезентом или одеялом. На брезент или одеяло размещают транспортируемых.

Повозки общественного транспорта приспособляются для перевозки раненых подстилкой на дно повозки сена, соломы, листьев, хвороста, покрытых брезентом.

85. Легко раненых можно перевозить верхом. Если раненый плохо держится в седле, то со стороны, противоположной месту ранения, его должен поддерживать санитар, едущий рядом с ним верхом на другой лошади (рис. 86).

Погрузка и разгрузка санитарного транспорта

86. Санитары-носильщики должны уметь быстро и сноровисто погружать и разгружать санитарный транспорт.

87. Погрузка санитарного транспорта производится следующим образом: приблизившись с носилками к санитарному транспорту, сани-

тары по команде «носилки опустить» нагибаются и осторожно ставят носилки на землю, по команде «на стороны» санитары становятся по обеим сторонам носилок, по команде «к погрузке» санитары берутся за брусья носилок, каждый со своей стороны, по команде

Рис. 86. Эвакуация раненого верхом.

«поднять» носилки поднимают на нужную высоту и по команде «стой» устанавливают только передний конец носилок передними ножками в кузов транспорта, середину носилок и задний конец придерживают, находясь по сторонам носилок. По команде «вдвигай» носилки вдвигают в кузов санитарного транспорта. По команде «стой» санитары оставляют носилки в кузове транспорта, а если это сани-

тарный автомобиль, то один санитар влезает внутрь кузова, а другой встает на подножку. По команде «закрепить» носилки устанавливают в положенное для них место и закрепляют.

88. Для разгрузки санитарного транспорта санитары влезают в кузов, если это санитарный автомобиль, и по команде «открепить» освобождают носилки и ставят их на дно кузова, а сами выходят из машины. По команде «выдвигай» санитары, взявшись за ручки носилок, осторожно двигают их на себя Команда «стой» подается, когда задние ножки носилок окажутся на краю кузова. По команде «на стороны» санитары становятся по обеим сторонам носилок и берутся за брусья носилок и по команде «носилки опустить» осторожно ставят их на землю.

89. Перед погрузкой санитарная двуколка и санитарная повозка должны быть подготовлены: задний борт откинут, носилки вынуты из кузова, задняя стенка брезентового верха поднята. При погрузке сидячих раненых в повозку подготавливаются сиденья. При погрузке в санитарную двуколку одновременно с откидыванием заднего борта кузова освобождаются и опускаются стойки, придающие упор санитарной двуколке. Погрузку раненых в санитарную повозку и санитарную двуколку производят одинаковыми приемами со стороны задней откидной стенки. Носилки устанавливаются так, чтобы раненая часть тела была ближе к задней стенке, поэтому возможна погрузка не только ногами, но и головой вперед. Погрузку совершают два санитара приемами, указанными выше (рис. 87). Ножки носилок должны скользить по специально устроенным

для них на дне кузова пазам. Разгрузка производится обратными приемами.

90. При погрузке в санитарные сани сначала размещают лежачих, для чего: открывают обе боковые дверные створки, отстегивают брезентовый полог и закидывают на крышу

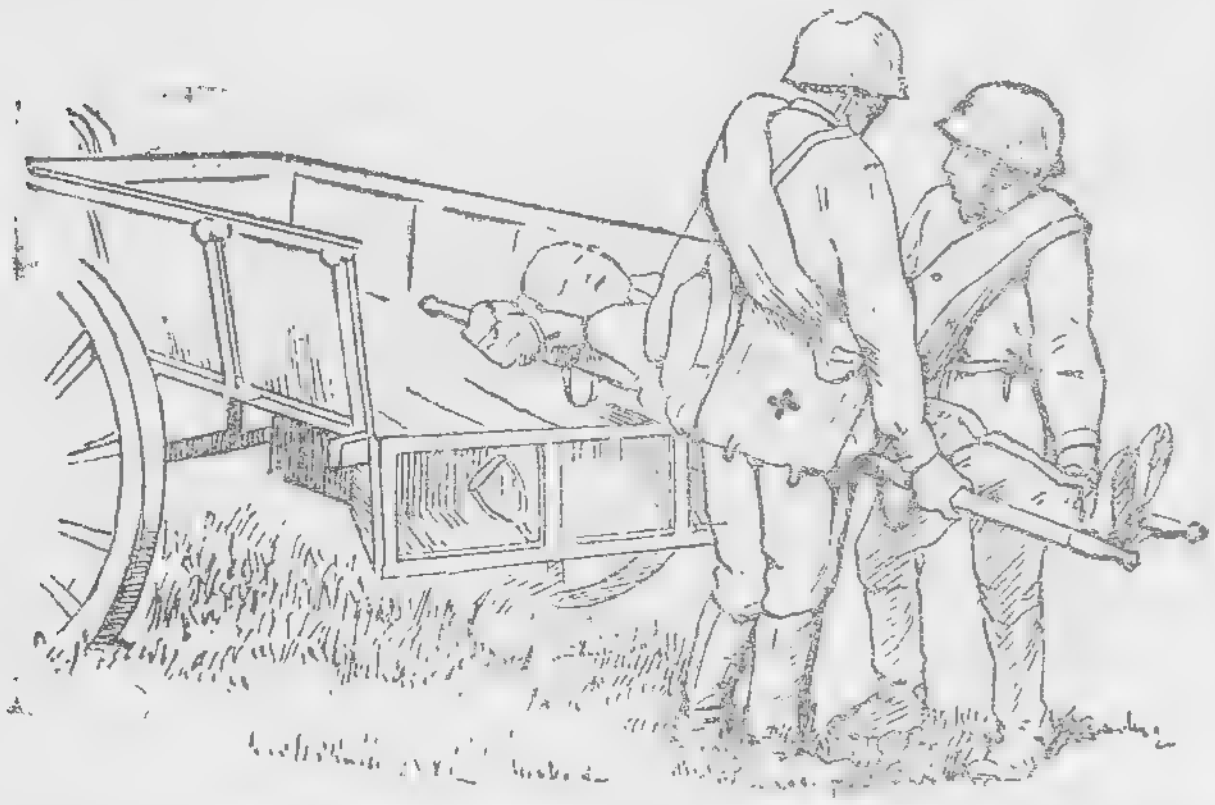


Рис. 87. Погрузка раненого в санитарную двуколку.

кузова, откидывают сиденья к стенкам и притягивают их крючками, устанавливают и вдвигают верхние носилки, поднимая их до уровня направляющих брусков, вторые носилки устанавливают на полу кузова, опускают сиденья, вводят бойцов, подлежащих эвакуации сидя, опускают полог и закрывают дверь. Выгрузку производят в обратном порядке. При погрузке и выгрузке одних сидячих, с целью сохранения тепла в кузове, открывают только одну переднюю створку дверей и полог слегка отодвигают в сторону.

91. В санитарные автомобили раненых грузят всегда головой вперед, чтобы сидящий на скамейке (у дверного конца) сопровождающий мог наблюдать за транспортируемыми. В верхний ярус носилки устанавливаются раньше, чем в нижний, а разгружаются позже. Погрузка в автомобиль производится обычно тремя санитарами (рис. 88), но может быть произведена и двумя.

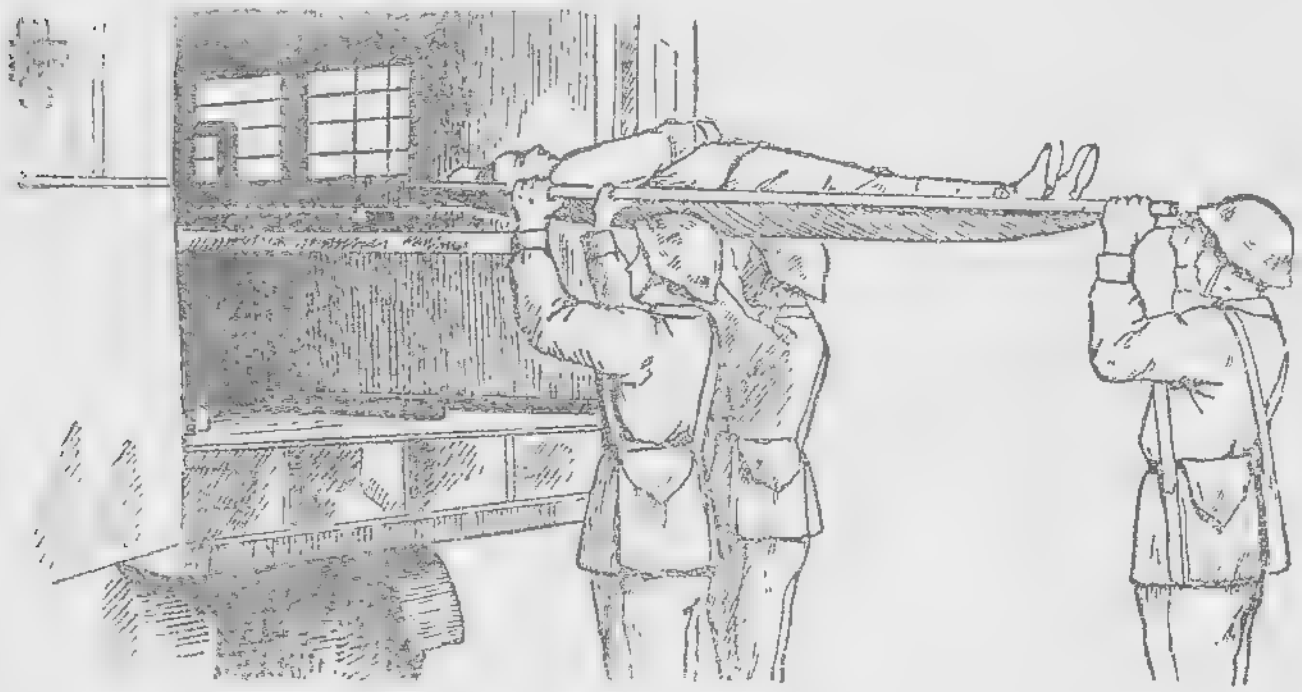


Рис. 88. Погрузка раненого в санитарный автомобиль.

Перед погрузкой производится подготовка кузова санитарного автомобиля:

а) открывают заднюю дверь и опускают подножку;

б) вынимают носилки (для обмена на носилки, поступающие с раненым);

в) подают к задней двери каретки носилки и открывают замки подрессоривающих приспособлений;

г) откидывают к стене кронштейны с крюками для ручек ножного конца носилок (чтобы они не мешали проходу носилок).

Порядок погрузки тремя санитарами следующий:

а) два санитара становятся по бокам носилок, третий сзади и, осторожно приподнимая носилки и вставив ручки головного конца носилок в замки кареток, закрывают замки;

б) санитары, находящиеся по бокам, поддерживают носилки, а задний санитар вдвигает их, кладет ручку ножного конца на крюк, потом в петлю ремня.

После погрузки верхних носилок так же грузят нижние носилки. При перевозке одного или двоих раненых носилки с ними устанавливаются только внизу. При смешанной перевозке двое носилок устанавливаются в два яруса с левой стороны кузова, а в правую сторону помещают сидячих раненых. При перевозке одних сидячих раненых поперечины верхних кареток подвешиваются на ремнях к направляющим трубам, сиденья опускаются, а носилки ставятся под сиденья. Разгрузка санитарных автомобилей производится в обратном порядке: сперва вынимают нижние, потом верхние носилки. При разгрузке верхнего яруса ручки носилок осторожно снимают с петель и кронштейнов и выносят носилки.

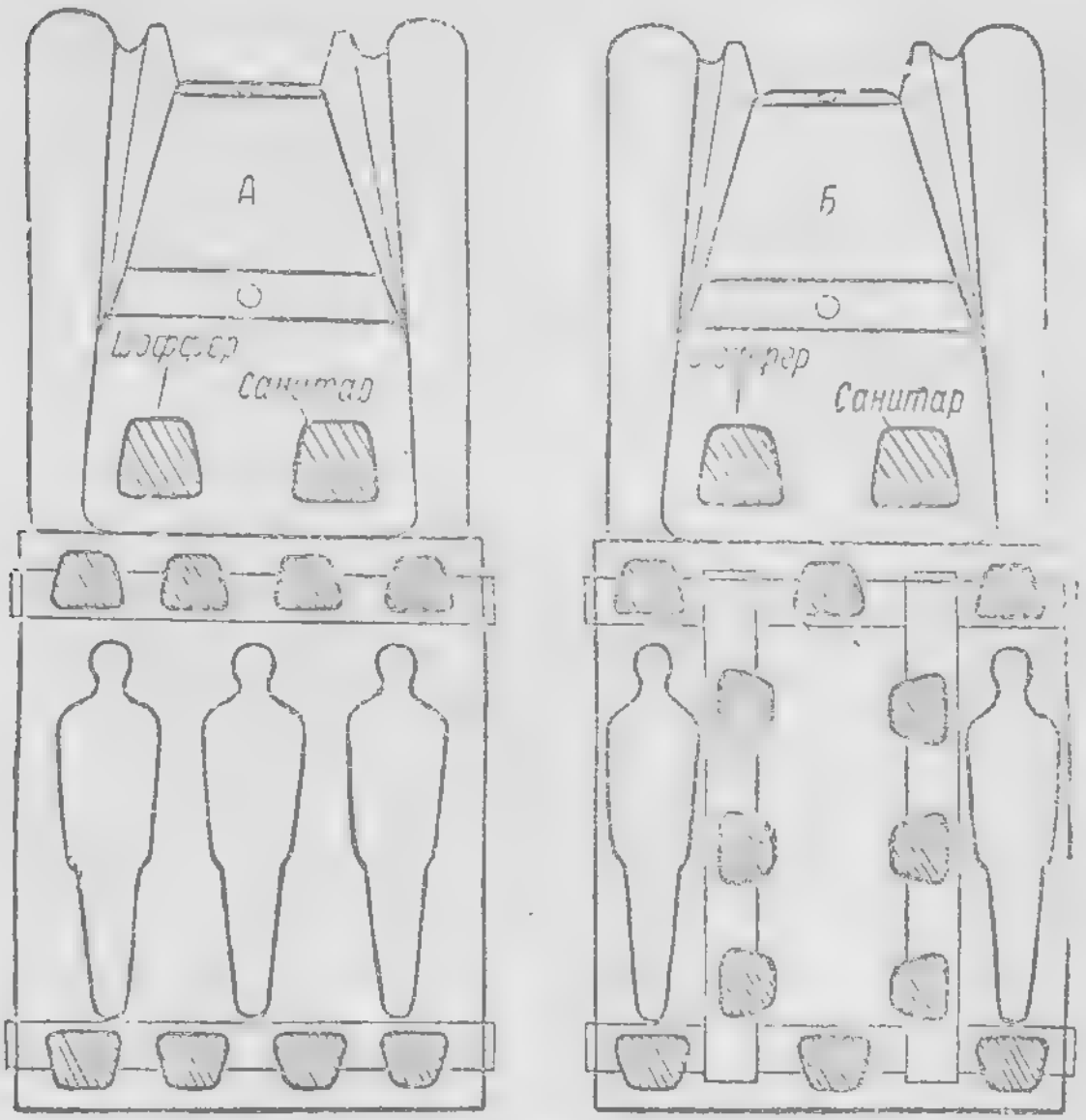
Порядок погрузки двумя санитарами следующий:

а) носилки ставят на землю у открытой дверцы автомобиля, санитары берут с боков за брусья носилки поднимают их, ставят на дно кузова и вдвигают внутрь;

б) опускают подножку; один санитар входит внутрь, второй становится на подножку;

в) санитары, стоя лицом друг к другу, поднимают верхние носилки и вставляют ручки головного конца в замки кареток, закрывают

замки, а ручки ножного конца кладут на крючки и в петли ремня; так же грузят и вторые верхние носилки; после погрузки верхних носилок так же грузят нижние носилки;



А – 3 лежачих и 8 сидячих
Б – 2 лежачих и 12 сидячих

Рис. 89. Схема распределения сидячих и лежачих раненых в грузовом автомобиле.

г) санитар, находившийся в кузове, выходит через дверь в кабину водителя, а санитар, стоявший на подножке, сходит на землю и поднимает подножку.

92. Погрузка в грузовой автомобиль со сте-

циальным приспособлением производится тремя санитарами при открытых бортах кузова. Доски с пружинами и вырезами вдвигают в бок автомобиля на 1/3, носилки с ранеными укладывают сначала на среднее место, затем доски с носилками передвигают к середине кузова и укладывают боковые носилки с ранеными. После этого сажают сидячих раненых: сначала четверых на передний шезлонг (с правой стороны через передний борт), потом еще четверых на задний шезлонг (со стороны заднего борта) (рис. 89). Выгрузка раненых производится в обратном порядке.

Глава VII

УХОД ЗА РАНЕНЫМИ НА ПОЛЕ БОЯ И ПРИ ПЕРЕНОСКЕ НА НОСИЛКАХ

93. Одной из основных обязанностей санитара является уход за ранеными. Правильный уход за ранеными способствует быстрому излечению и восстановлению боеспособности бойца (командира).

94. Уход за ранеными в укрытом месте и в «гнезде», где скопилось несколько раненых, крайне ограничен и заключается:

а) в наиболее удобном размещении;

б) в наблюдении за общим состоянием;

в) в поддержании политико-морального состояния;

г) в удовлетворении жажды (исключая раненных в живот);

д) в помощи раненому при удовлетворении им своих естественных нужд;

е) в предохранении от изнуряющей погоды (стужа, зной, ненастье);

ж) в заботе о скорейшей транспортировке раненого.

95. Уход за ранеными при транспортировке на носилках заключается:

а) в наблюдении за состоянием переносимых;

б) в перемене положения на носилках;

в) в предохранении от непогоды;

г) в наблюдении за правильностью надетого противогаза при переноске по отравленной ОВ местности;

д) в помощи при удовлетворении естественных нужд;

е) в утолении жажды (кроме раненных в живот).

96. На обязанности санитара лежит защита раненых от нападения противника. Для этого санитар должен хорошо владеть как положенным ему, так и положенным каждому бойцу оружием и не щадить своей жизни для защиты опекаемых им раненых.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Глава I. Общие положения 3
Глава II. Снаряжение санитара 5
Глава III. Розыск и вынос раненых в бою . . 9
Глава IV. Оказание первой помощи раненым 20
Глава V. Переноска раненых в бою 57
Глава VI. Погрузка раненых на транспорт и перевозка 78
Глава VII. Уход за ранеными на поле боя и при переноске на носилках 91

Редактор военврач 2 ранга *В. Захаров*
Подписано к печати 5/VIII 1941 г.
Л12345°.
Печ. лист 3. Авт. лист. 3,2.
Знаков в 1 п. л. 42 700

13-я тип. ОГИЗ РСФСР треста „Полиграфкнига", Москва
Заказ № 1243

5

31 OKT 1941

Цена 50 коп.

2014080137